



in samenwerking met

EXPAT & Co
International mobility insurances



Masterkey²Health

CROSS BORDER HEALTH & ASSISTANCE

INHOUDSTAFEL

WAARBORGENLIJST	4
MODULE 1. MEDISCHE ZORGEN	
Hospitalisatieplan	
Opties :	5
Optie 1 : Facultatieve verzorging in het Land van Oorsprong	
Optie 2 : Ambulante behandeling	
Optie 3 : Tandzorgen, Optiek & Hoorapparaten	
MODULE 2. BIJSTAND	6
Basiswaarborg :.....	
BIJSTAND voor residenten	
BIJSTAND voor geëxpatrieerden	
BIJSTAND voor internationale pendelaars.....	7
BIJSTAND voor internationale studenten/ au-pairs /stagiaires	
REISBIJSTAND	8
Opties :	9
Optie 1 : REISBIJSTAND – Bagage	
Optie 2 : REISBIJSTAND – Annulatie / Reisonderbreking	
MODULE 3. ONGEVALLLEN EN ZWARE ZIEKTEN 10	
MODULE 4. GEWAARBORGD INKOMEN	
VERKLARENDE WOORDENLIJST	11
ALGEMENE VOORWAARDEN	
GEMEENSCHAPPELIJK AAN ALLE MODULES	15
Artikel 1. Verzekeraar	
Artikel 2. Omschrijving van het verzekeringscontract	
2.1. Modules en Opties	
2.2. Reikwijdte van de verzekering	
2.3. Territorialiteit	
2.4. Vrijstellingen	
Artikel 3. Duur en einde van de verzekering	
3.1. Verzekeringsduur.....	
3.2. Einde van de verzekering	
3.2.1. Door de verzekeringsnemer.....	
3.2.2. Door de Maatschappij	
Artikel 4. Wijzigingen van het contract	16
Artikel 5. Premiebetaling	
5.1. Premiebetaling algemeen	
5.2. Niet (tijdige) betaling	
Artikel 6. Algemene uitsluitingen	
6.1. Oorlogsrisico / terrorisme.....	
6.2. Criminele feiten.....	
6.3. Wapens.....	
6.4. Nucleaire reacties	
6.5. Alcohol / drugs	
6.6. Sport	
6.7. Andere uitsluitingen	17
Artikel 7. Schade	
7.1. Aangeven van schade	
7.2. Aanvullende tussenkomst	
7.3. Subrogatie	
7.4. Betwisting en Expertise.....	
Artikel 8. Wisselkoersen	
Artikel 9. Plichten van de verzekerde persoon	
Artikel 10. Kennisgevingen	
Artikel 11. Van toepassing zijnde wetgeving, Geschillen	18
Artikel 12. Wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer	
MODULE 1 : Medische zorgen	19
Artikel 13. Plan Type, mogelijkheden en gevolgen	
13.1. Full Cover Plan (100%-verzekering)	
13.2. Top-Up Plan (aanvullende verzekering).....	
13.3. Sleeper Plan (wachtverzekering)	
13.4. Veranderen van één plan naar een ander	
13.5. Intellectuele eigendom van het concept.....	
Artikel 14. Verzekerbaarheid	
Artikel 15. Basiswaarborg : Hospitalisatieplan	20
15.1. Hospitalisatie.....	
15.2. Beenmerg-, weefsel-, en orgaantransplantatie ..	
15.3. Zwangerschap en bevalling	
15.4. Pré- et posthospitalisatie	
15.5. Thuisverpleging.....	
15.6. Fysische revalidatie	
15.7. Psychiatrische behandeling	
15.8. Spoedeisende tandzorgen	
15.9. Verblijfkosten voor begeleidende ouder van een minderjarig kind.....	
15.10. In het buitenland	
15.11. Preventieve controles en vaccins.....	21
15.12. Patiënttransport	
15.13. Dagvergoeding.....	
15.14. Zware ziekten.....	
Artikel 16. Opties	
16.1. Optie 1 : Facultatieve verzorging in het Land van Oorsprong	
16.2. Optie 2 : Ambulante behandelingen.....	
16.3. Optie 3 : Tandzorgen, Optiek en Hoorapparaten	22
Artikel 17. Collectieve onderschrijvingen	
17.1. Voordeel C1 : Aanvaarding van voorafbestaande aandoeningen.....	
Artikel 18. Schaderegeling	
18.1. Terugbetalingen	
18.2. Vrijstellingen.....	
18.3. Wachtlijden	
Artikel 19. Uitsluitingen	23
Artikel 20. Behandelingsmethodes	
Artikel 21. Plichten van de verzekerde persoon	
MODULE 2 : BIJSTAND	24
Artikel 22. Verzekerbaarheid	
Artikel 23. Basiswaarborg	
Artikel 24. Bijstand voor Residenten	
24.1. Info medische diensten allerhande	
24.2. Tweede advies raadsgeneesheer van de Maatschappij	
24.3. Administratieve bijstand in geval van ziekte of ongeval.....	
24.4. Boeken ziekenhuiskamer.....	
24.5. Ter plaatse sturen van geneesheer of medisch team.	
24.6. Vervoer van verzekerde van en naar het ziekenhuis	
24.7. Doorgeven van dringende boodschappen	
24.8. Vervoer van de verzekerde na hospitalisatie ..	25
24.9. Vervoer van stoffelijk overschot	

Artikel 25. – Bijstand voor geëxpatrieerden	25		
25.1. Direct medisch advies van de raads- geneesheer van de Maatschappij			
25.2. Opsporingskosten in geval van onrust- wekkende verdwijning van meer dan 24 uur			
25.3. Repatriëring of vervoer ten gevolge van een medisch incident			
25.4. Overlijden van een verzekerde			
25.4.1. In geval van begrafenissen of crematie in het Land van Oorsprong			
25.4.2. In geval van begrafenissen of crematie buiten het Land van Oorsprong			
25.5. Repatriëring van verzekerde gezinsleden			
25.6. Repatriëring van achtergelaten voertuig			
25.7. Reis- en verblijfkosten			26
25.8. Sturen van een vervanger			
Artikel 26. – Bijstand voor internationale pendelaars			
26.1. Repatriëring van verzekerde (of stoffelijk overschot) naar Land van Residentie			
26.2. Repatriëring van achtergelaten voertuig			
26.3. Reis- en verblijfkosten			
26.4. Voorschieten van fondsen			
26.5. Voorschieten van strafrechtelijke Borgsom			
26.6. Voorschieten van kosten advocaat			
Artikel 27. Bijstand voor internationale studenten / au pairs / stagiaires			27
27.1. Opsporingskosten in geval van onrust- wekkende verdwijning van meer dan 24 uur			
27.2. Repatriëring van verzekerde overschot naar het Land van Residentie			
27.3. Vergoeding van de inschrijvingskosten in het geval van studieonderbreking door verzekerde			
27.4. Vergoeding van de huurannulatiekosten in het geval van studieonderbreking door verzekerde			
27.5. Repatriëring van achtergelaten voertuig			
27.6. Reis- en verblijfkosten			
27.7. Verblijfkosten in de tussenperiode van overplaatsing naar een ander Gastgezin			
27.8. Voorschieten van fondsen			
27.9. Voorschieten van strafrechtelijke Borgsom			
27.10. Voorschieten van kosten advocaat			
Artikel 28. Reisbijstand			28
28.1. Voorafgaande reisinformatie			
28.2. Opsporings- en reddingskosten			
28.3. Repatriëring of vervoer ten gevolge van een medisch incident			
28.4. Repatriëring van het stoffelijk overschot			
28.5. Repatriëring van andere verzekerden			
28.6. Repatriëring van bagage			
28.7. Repatriëring van achtergelaten voertuig			
28.8. Verzenden van onmisbare geneesmiddelen / medische hulpmiddelen			
28.9. Doorgeven van dringende boodschappen			
28.10. Bijstand in geval van breuk, verlies of diefstal van een prothese			29
28.11. Bijstand in geval van verlies of diefstal van reisdocumenten, cheques, bankkaarten of kredietkaarten			
28.12. Voorschieten van fondsen			
28.13. Voorschieten van strafrechtelijke Borgsom			
28.14. Voorschieten van kosten advocaat			
28.15. Taalkundige bijstand			
		28.16. Reis- en verblijfkosten	29
		28.17. Vergoeding van de skipas	30
		28.18. Business Lifestyle	
		28.19. Uitsluitingen	
		Artikel 29. Optie 1: Bagage	
		29.1. Bijstand in geval van verlies of diefstal van de bagage	
		29.2. Vertraging van de bagage	
		29.3. Uitsluitingen	
		29.4. Schaderegeling – Plichten van verzekerde	31
		Artikel 30. - Optie 2 : Reisannulatie / Reisonderbreking	
		30.1. Reisannulatie	
		30.2. Reisonderbreking	32
		30.3. Uitsluitingen	
		30.4. Schaderegeling	
		30.4.1. In geval van reisannulatie	
		30.4.2. In geval van reisonderbreking	
		30.5. Plichten van de verzekerde	
		MODULE 3 : ONGEVALLLEN EN ZWARE ZIEKTEN...33	
		Artikel 31. Verzekeraarbaarheid	
		Artikel 32. Reikwijdte van de waarborg	
		Artikel 33. Uitsluitingen	
		Artikel 34. Plichten	
		34.1. Schadeaangifte	
		34.2. Plichten van de verzekerde persoon na een ongeval	
		34.3. Plichten van de verzekeringnemer	
		Artikel 35. Schaderegeling	
		35.1. Recht op uitkering in geval van overlijden	
		35.2. Recht op uitkering in geval van blijvende invaliditeit	
		35.3. Recht op uitkering in geval van zware ziekte	34
		35.4. Bepaling van het uitkeringspercentage	
		35.5. Cumulatieve uitkeringen	
		35.6. Betaling van de uitkering	
		Artikel 36. Einde van de waarborg	
		36.1. Non-annulatie garantie	
		MODULE 4 : GEWAARBORGD INKOMEN	35
		Artikel 37. Verzekeraarbaarheid	
		37.1. Wijziging van beroepsactiviteit	
		Artikel 38. Reikwijdte van de waarborg	
		Artikel 39. Uitsluitingen	
		Artikel 40. Plichten	
		40.1. Schadeaangifte	
		40.2. Plichten van de verzekerde persoon in geval van een ongeval, ziekte of zwangerschaps- complicatie	36
		40.3. Plichten van de verzekeringnemer	
		Artikel 41. Schaderegeling	
		41.1. Recht op uitkering	
		41.2. Bepaling van de ongeschiktheid	
		41.3. Carenztijd	
		41.3.1. Carenztijd in geval van hervat	
		41.4. Betaling van uitkering	
		41.4.1. Vrijstelling van premiebetaling	
		41.4.2. Rente	37
		Artikel 42. Einde van de waarborg	
		42.1. Non-annulatie garantie	

WAARBORGENLIJST

MODULE 1. MEDISCHE ZORGEN

HOSPITALISATIEPLAN

LIGHT

STANDARD

GOLD

Verzekerbaarheid

Verzekerbaar zijn personen onder de leeftijd van 70 jaar.

Het Hospitalisatieplan voorziet in een 100% terugbetaling, maar nooit hoger dan de absolute limiet van of volgende specifieke limieten **per verzekerde per jaar**

€ 500.000

€ 1.000.000

€ 1.500.000

Medische Zorgen in Hospitaal of Dagkliniek

• Hospitalisatie kosten (verblijf, kamer, doktershonoraria, verzorgingskosten, gebruik van apparatuur, medicatie, verbanden)	100%	100%	100%
• Private kamer	indien med. noodz. € 150.000	90% € 150.000	100%
• Beenmerg-, weefsel- en orgaantransplantatie, tot	100%	100%	100%
• Reconstructieve Chirurgie tengevolge ongeval of na een verzekerde medische ingreep	100%	100%	100%
• Protheses, kunstledematen, correctieve en medische hulpmiddelen die medisch noodzakelijk zijn en ingeplant worden tijdens de ingreep als een permanent deel van het lichaam	100%	100%	100%
• Normale zwangerschap & bevalling, tot	80%, max. € 7.500	€ 8.000	100%
• Gecompliceerde zwangerschap & bevalling	100%	100%	100%
Vrijwillige keizersnede wordt terugbetaald aan de kostprijs van een normale bevalling.			
• 1 Polysomnografische registratie (wiegendoodtest) in eerste 6 mnd → <i>onderworpen aan een wachttijd van</i>	NEEN 24 maanden	100% 12 maanden	100% 10 maanden
• Chemotherapie, radiotherapie, dialyse	100%	100%	100%
• Medisch voorgeschreven fysiotherapie	100%	100%	100%
• Medisch voorgeschreven fysieke revalidatie volgend op de hospitalisatie in revalidatiecentrum, tot	NEEN	€ 2.500	€ 5.000
• Psychiatrische behandeling in open hospitaal	NEEN	€ 5.000	100%
• Palliatieve zorgen (indien op hospitaalfactuur), max. van dagen	0	30	60
• Mortuarium (indien op hospitaalfactuur)	NEEN	100%	100%
• Spoedeisende tandzorg tengevolge van ongeval, tot	€ 1.500	€ 1.500	100%
• Verblijfkosten voor 1 begeleidende ouder van minderjarig kind	100%	100%	100%
• Indien verblijf in hotel, max. 30 dagen, beperkt per dag tot	€ 75	€ 75	€ 75
• Spoedeisend transport per ziekenwagen, taxi, auto, trein, ...	€ 750	€ 1.000	100%
• Spoedeisend transport per helikopter van plaats van incident naar hospitaal	100%	100%	100%
• Dagvergoeding indien hospitalisatie volledig gratis, per nacht, gedurende max. nachten	€ 25 10	€ 50 20	€ 75 30

Ambulante kosten

• Pre- / Post Hospitalisatie: behandeling en onderzoeken gedurende (in dagen)	80% 30/30	100% 30/60	100% 60/120
• Thuisverpleging, tot tot max. ... dagen	€ 5.000 30	€ 5.000 60	€ 15.000 90
• Thuisbevalling → <i>onderworpen aan een wachttijd van</i>	80%, € 7.500 24 maanden	€ 8.000 12 maanden	100% 10 maanden
• Jaarlijkse medische controle (algemeen onderzoek, baarmoederhals-, borst- en prostaatkankertest)	€ 100	€ 150	€ 200
• Vaccinaties	80%	100%	100%

Behandeling van zware ziekten (in hospitaal of ambulantly)

Volgende zware ziekten zijn verzekerd:

AIDS – Alzheimer – Amyotrofe Laterale Sclerose – Brusselose – Cholera – Creutzfeldt-Jacob – Crohn – Cysteachtige Fibrose – Diabetes type I en II – Difterie – Encefalitis – Kanker – Leukemie – Lymfomen (Hodgkin en andere) – Malaria – Kwaadaardig melanoom – Meningitis – Miltvuur – Mucoviscidose – Multiple Sclerose – Nierdialyse – Paratyfus – Parkinson – Pokken – Poliomyelitis – Pompe – Progressieve spierdystrofie – Tetanus – Tuberculose – Tyfus – Virale Hepatitis – Totale Invaliditeit tengevolge van zwaar ongeval

100%

100%

100%

Medische kosten in het buitenland (Buiten het Land van Residentie en/of het land bevoegd voor de Sociale Zekerheid)

- **Enkel ongevallen en acute ziekten** ontstaan tijdens het verblijf in het buitenland binnen de gekozen verzekeringszone en binnen de limieten voorzien in het hospitalisatieplan JA JA JA

OPTIES: (per verzekerde per jaar)

Optie 1: Facultatieve verzorging in het Land van Oorsprong

Extra kosten bovenop de normale uitgaven van een identieke behandeling in het Land van Residentie of het land bevoegd voor Sociale Zekerheid.

Max./ingreep, en binnen de opgegeven limieten in het Hospitalisatieplan € 25.000 € 37.500 € 50.000
Transportkosten (economy class ticket) NEEN NEEN 50%

Optie 2: Ambulante behandelingen

Met een absolute limiet per persoon per jaar van	€ 5.000	€ 15.000	€ 25.000
• Honoraria van Huisartsen & Specialisten	80%	100%	100%
• Onderzoeken (Analyses, Radiografie, Scans, Labo testen...)	80%	100%	100%
• Voorgescreven Diëtiste, Logopediste, Stress begeleiding: per persoon per jaar tot	NEEN	€ 500	€ 1.500
• Voorgescreven Fysiotherapie tot een maximum/jaar van	80%	100%	100%
• Pre-/Postnatale oefeningen, per zwangerschap tot	€ 1.500	€ 1.500	€ 1.500
• Psychiatrische behandeling, voorgescreven psychotherapie tot	NEEN	€ 500	€ 750
• Voorgescreven medicatie tot een maximum/jaar van	NEEN	€ 1.000	€ 2.500
• Gipsen en verbanden voor verzekerd ongeval of ziekte	80%	100%	100%
• Voorgescreven orthopedische zolen (max. 1paar/jaar)	80%	100%	100%
• Huur van medische hulpmiddelen voor verzekerd ongeval of ziekte (vb. rolstoelen,...) tot een maximum van	80%	100%	100%
• Acupunctuur, Chiropraxie, Homeopathie, Osteopathie, tot	€ 1.000	€ 1.000	€ 3.000
• Voorgescreven antroposofische & homeopathische medicijnen, tot	80%, max.€ 500	€ 1.000	€ 1.500
	80%, max.€ 500	€ 1.000	€ 1.500

Optie 3: Tandzorgen, Optiek & Hoorapparaten

• Routine tandzorgen, tot	80%	80%	100%
	€ 500	€ 1.000	€ 1.500
• Speciale tandzorgen, tot	50%	80%	80%
	€ 2.000	€ 2.500	€ 3.000
→ <i>onderworpen aan een wachttijd van</i>	24 maanden	24 maanden	12 maanden
→ absolute jaarlijkse limiet tandzorgen (alles inbegrepen)	€ 2.250	€ 3.000	€ 3.750
• Glazen en contactlenzen (excl. zonnebrillen en gekleurde lenzen) Eén paar per jaar, tot	80%	80%	100%
	€ 150	€ 200	€ 250
• Eerste bril of contactlenzen steeds op voorschrift!			
• Montuur forfait 200 €	NEEN	NEEN	1 per jaar
• Voorgescreven hoorapparaten	80%	80%	100%
Max. 1 apparaat/or elke 3 jaar, tot een max. van	€ 500	€ 1.000	€ 1.500

ENKEL VOOR COLLECTIVE ONDERSCHRIJVING:

Voordeel C1: Aanvaarding van voorafbestaande aandoeningen

Dekking voor vooraf bestaande aandoeningen binnen de gegeven limieten JA JA JA
Enkel voor verplichte groepsverzekeringen > 10 personeelsleden

MODULE 2. BIJSTAND

Masterkey²Health Bijstand biedt u volgende waarborgen, zonder evenwel vermelde limieten te overschrijden:

Basiswaarborg:

BIJSTAND voor residenten

(geldig in het Land van Residentie):

	LIGHT	STANDARD	GOLD
• Informatie			
- informatie aangaande allerhande lokale medische diensten	JA	JA	JA
- 2 ^e advies raadsgeneesheer van de Maatschappij	JA	JA	JA
• Bijstand in geval van elke ziekenhuisopname:			
- Administratieve bijstand	JA	JA	JA
- Boeking ziekenhuiskamer	JA	JA	JA
• Bijstand in geval van een onverwacht medisch incident			
- Ter plaatse sturen geneesheer of Medisch team	JA	JA	JA
- Vervoer verzekerde naar ziekenhuis	JA	JA	JA
- Doorgeven dringende boodschappen	JA	JA	JA
• Bijstand na hospitalisatie, en indien geïmmobiliseerd			
- Vervoer verzekerde naar huis	JA	JA	JA
- Vervoer van en naar controlebezoeken (tot max.15d. na hospitalisatie)	JA	JA	JA
• Bijstand in geval van overlijden:			
- Vervoer stoffelijk overschot naar mortuarium	JA	JA	JA
- Administratieve bijstand	JA	JA	JA

BIJSTAND voor geëxpatrieerden:

= Bijstand voor residenten

(geldig in Land van Residentie + Land van Sociale Zekerheid)

+ volgende waarborgen in Land van Residentie

• Direct Medisch Advies van raadsgeneesheer van de Maatschappij	JA	JA	JA
• Bijstand bij opsporing in geval van onrustwekkende verdwijning	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000
• Evacuatie naar meer geëigende plaats van verzorging + terugkeer	JA	JA	JA
• Repatriëring achtergelaten voertuig naar residentie	in zone 10	in zone 10	in zone 10
• Repatriëring gezinsleden na zware woningschade	NEEN	JA	JA
• Post-mortembehandeling, en repatriëring stoffelijk overschot	JA	JA	JA
Kosten lijkst beperkt tot	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Repatriëring gezinsleden na repatriëring verzekerde persoon	NEEN	JA	JA
• Reis- en verblijfkosten, tot	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
voor:			
- de verzekerde personen in geval van overlijden of kritische medische toestand van een naaste familielid in het Land van Oorsprong;	JA	JA	JA
- 1 naaste familielid in geval de verzekerde persoon gehospitaliseerd werd en in een kritische medische toestand verkeert, buiten het Land van Oorsprong.	JA	JA	JA
- 1 persoon in geval van begeleiding van geëvacueerde verzekerde	JA	JA	JA
- 1 verzekerde persoon in geval van belangrijke schade aan vastgoed eigendom in het Land van Oorsprong.	NEEN	JA	JA
Verblijfkosten gelimiteerd per persoon per dag, tot	€ 75	€ 75	€ 75
• ENKEL VOOR COLLECTIVE ONDERSCHRIJVING:			
<u>Voordeel C2: Sturen van een vervanger</u>			
Reis- en verblijfkosten, tot	-	€ 1.250	€ 1.250
voor:			
- Sturen van een vervanger voor een gehospitaliseerd, gerepatriëerd of overleden verzekerde (verblijf max. 10 dagen)	NEEN	JA	JA
Verblijfkosten gelimiteerd per persoon per dag, tot	-	€ 75	€ 75

BIJSTAND voor internationale pendelaars:

= Bijstand voor residenten

(geldig in Land van Residentie evenals in Land van Sociale Zekerheid)

+ volgende waarborgen (geldig in werkland(en) + arbeidsweg)

	LIGHT	STANDARD	GOLD
• Repatriëring verzekerde naar Land van Residentie	JA	JA	JA
• Repatriëring achtergelaten voertuig naar residentie of bedrijf	in zone 10	in zone 10	in zone 10
• Post-mortembehandeling + Repatriëring stoffelijk overschot, tot Kosten lijkst beperkt tot	JA € 1.250	JA € 1.250	JA € 1.250
• Reis- en verblijfkosten, tot	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
voor:			
- 1 naaste familielid in geval de verzekerde persoon gehospitaliseerd werd en in een kritische medische toestand verkeert in het werkland;	JA	JA	JA
- 1 persoon in geval van begeleiding van geëvacueerde verzekerde.	JA	JA	JA
Verblijfkosten gelimiteerd per persoon per dag, tot	€ 75	€ 75	€ 75
• Voorschieten van fondsen, tot	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Voorschieten van strafrechtelijke borgsom, tot	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000
• Voorschieten van kosten advocaat, tot	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500

BIJSTAND voor internationale studenten/au-pairs/stageairs

= Bijstand voor residenten (geldig in het Land van Residentie)

+ volgende waarborgen (in het studie/werkland, evenals op de reisweg)

• Bijstand bij opsporing in geval van onrustwekkende verdwijning, tot	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000
• Repatriëring verzekerde naar Land van Residentie	JA	JA	JA
• Post-mortembehandeling + Repatriëring stoffelijk overschot, tot Kosten lijkst beperkt tot	JA € 1.250	JA € 1.250	JA € 1.250
• Repatriëring achtergelaten voertuig naar residentie	in zone 10	in zone 10	in zone 10
• Pro-rata terugbetaling van het inschrijvingsgeld in geval van studieonderbreking (wegens ziekte, ongeval of overlijden)	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500
• Pro-rata terugbetaling van huurannulatiekosten in geval van studieonderbreking (wegens ziekte, ongeval of overlijden)	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
• Reis- en verblijfkosten, tot	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
voor:			
- de verzekerde personen in geval van overlijden of kritische medische toestand van een naaste familielid in het Land van Oorsprong/Residentie;	JA	JA	JA
- 1 naaste familielid in geval de verzekerde persoon gehospitaliseerd werd en in een kritische medische toestand verkeert in het studie/werkland	JA	JA	JA
- 1 persoon in geval van begeleiding van geëvacueerde verzekerde	JA	JA	JA
- verblijfkosten in tussenperiode van overplaatsing naar een ander gastgezin (max. 1 x per verzekeringsjaar)	JA	JA	JA
Verblijfkosten gelimiteerd per persoon per dag, tot	€ 75	€ 75	€ 75
• Voorschieten van fondsen, tot	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Voorschieten van strafrechtelijke borgsom, tot	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000
• Voorschieten van kosten advocaat, tot	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500

REISBIJSTAND (Privé-reizen en zakenreizen)

Deze waarborg geldt wereldwijd.

	LIGHT	STANDARD	GOLD
• Voorafgaande reisinformatie (visa, vaccinaties,...)	JA	JA	JA
• Doorverwijzingservice naar hospitalen/artsen in buitenland	JA	JA	JA
• Opsporing & redding	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000
• Repatriëring in geval van medisch incident	JA	JA	JA
• Post-mortembehandeling, en repatriëring stoffelijk overschot, tot Kosten lijkstoot beperkt tot	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Opvang en repatriëring andere verzekerden	JA	JA	JA
• Repatriëring van bagage	JA	JA	JA
• Vervangchauffeur of repatriëring voertuig	in zone 10	in zone 10	in zone 10
• Opsturen geneesmiddelen/medische hulpmiddelen	JA	JA	JA
• Doorgeven van dringende boodschappen	JA	JA	JA
• Bijstand verlies, diefstal of breuk van prothese	JA	JA	JA
• Bijstand bij verlies/diefstal reisdocumenten, cheques, bankkaarten	JA	JA	JA
Reiskosten naar ambassade beperkt tot	€ 100	€ 100	€ 100
• Voorschieten van fondsen, tot	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Voorschieten van strafrechtelijke borgsom, tot	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000
• Voorschieten van kosten advocaat, tot	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500
• Taalkundige bijstand	JA	JA	JA
• Reis- en verblijfkosten, tot voor:	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
- de verzekerde personen in geval van overlijden of kritische medische toestand van een naaste familielid in het Land van Oorsprong of van een vennoot van verzekerde;	JA	JA	JA
- 1 naaste familielid in geval de verzekerde persoon in een kritische medische toestand verkeert, verzekerd in deze polis.	JA	JA	JA
- 1 persoon in geval van begeleiding van geëvacueerde verzekerde	JA	JA	JA
- 1 verzekerde persoon in geval van belangrijke schade aan vastgoed eigendom in het Land van Oorsprong/residentie.	JA	JA	JA
- vertraging van meer dan 12 uur, tot max.	2 nachten	2 nachten	2 nachten
- verlenging verblijf wegens ziekte/accident	5 nachten	5 nachten	5 nachten
- verlenging andere verzekerden t.g.v. ziekte van verzekerde	5 nachten	5 nachten	5 nachten
Verblijfkosten gelimiteerd per persoon per dag, tot	€ 75	€ 75	€ 75
• Pro-rata terugbetaling niet-gebruikte skipas na medisch incident	€ 125	€ 125	€ 125
→ Max. periode van dekking per reis is (in opeenvolgende dagen)	90	90	90

• **ENKEL VOOR COLLECTIVE ONDERSCHRIJVING:****Voordeel C3: Business Lifestyle**

Informatie, organisatie en reservatie van:

- Vervoermiddelen	NEEN	NEEN	JA
- Hotel, restaurant	NEEN	NEEN	JA
- Evenementen	NEEN	NEEN	JA
- Verzenden van relatiegeschenken	NEEN	NEEN	JA
- Seminarieruimtes, audiovisueel materiaal, catering	NEEN	NEEN	JA
- Tolken, secretaresses	NEEN	NEEN	JA
- Verzenden van professionele documenten	NEEN	NEEN	JA

in verband met arbeidsgebonden activiteit buiten het Land van Residentie

OPTIES:**Optie 1: REISBIJSTAND - Bagage**

Vergoedingen beperkt tot de absolute limiet van
of volgende specifieke limieten per voorwerp, per persoon, per incident

- **Enkel voor zakenreizen:**

- Commerciële stalen en proefstukken
- Professionele apparaten en instrumenten, incl. software

- **Voor alle reizen:**

- Terugbetalingsforfait voor alle kleding
- Beeld-, geluid-, computerapparatuur, incl. software
- Mobiele telefoons, elektronische agenda's
- Foto- en filmcamera's
- Sieraden, horloges
- Sportmateriaal (ski's, fietsen, surfboards, ...)
- Muziekinstrumenten
- Tenten
- Tijdens de reis aangeschafte voorwerpen
- Geld
- Reisdocumenten
- Aankoop van strikt noodzakelijke kledij en toilet artikelen:
 - a. In geval van vertraging van tenminste 1 nacht
 - b. In geval van vertraging van meer dan 48 uur (incl. a.):
- Terugbetaling niet gebruikte skipas na verlies of diefstal
- Huur van ski's na verlies of diefstal

→ *Vrijstelling per incident*

→ *Max. periode van dekking per reis is (in opeenvolgende dagen)*

→ *Maximum aantal schadegevallen per verzekeringsjaar*

LIGHT	STANDARD	GOLD
€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000

€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
€ 250	€ 250	€ 250
€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
€ 250	€ 250	€ 250
€ 750	€ 750	€ 750
€ 500	€ 500	€ 500
€ 250	€ 250	€ 250
€ 250	€ 250	€ 250
€ 250	€ 250	€ 250
€ 250	€ 250	€ 250
€ 250	€ 250	€ 250
€ 250	€ 250	€ 250
€ 250	€ 250	€ 250
JA	JA	JA
€ 150	€ 150	€ 150
€ 250	€ 250	€ 250
OF		
€ 250	€ 250	€ 250
€ 100	€ 100	€ 100
90	90	90
3	3	3

Optie 2 : REISBIJSTAND - Reisannulatie / Reisonderbreking

Vergoedingen beperkt tot de absolute limiet van
(per persoon en per jaar)

Maximum per reis en per persoon

→ *Vrijstelling per incident*

→ *Max. periode van dekking per reis is (in opeenvolgende dagen)*

€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000
€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
€ 50	€ 50	€ 50
90	90	90

MODULE 3. ONGEVALLEN OF ZWARE ZIEKTEN

Deze waarborg voorziet de betaling van een éénmalig kapitaal in geval van overlijden ten gevolge van ongeval of zware ziekte. In geval van permanente invaliditeit zal de waarborg de betaling voorzien van een percentage van een éénmalig kapitaal, proportioneel aan de graad van invaliditeit.

	LIGHT	STANDARD	GOLD
Absolute limiet per persoon gedurende de hele verzekeringsduur	€ 25.000	€ 50.000	€ 75.000
- Overlijden ten gevolge van ongeval			
- volwassenen	€ 5.000	€ 10.000	€ 15.000
- minderjarigen	€ 2.500	€ 6.250	€ 10.000
- Permanent invaliditeit ten gevolge van ongeval	€ 25.000	€ 50.000	€ 75.000
- Zware en ongeneeslijke ziekte	€ 10.000	€ 20.000	€ 30.000

Verzekerde activiteiten (24h dekking)

Voor alle werknemers en personen die fysische arbeid verrichten of werken met machines geldt deze verzekering enkel voor Privé Ongevallen en Zware ziekten. Voor alle andere verzekerde personen is deze verzekering uitgebreid tot alle Ongevallen.

Gevaarlijke activiteiten zoals motorrijden (onder de leeftijd van 25 jaar), gebruik van motorvliegtuigen (behalve als passagier) of gevaarlijke sporten zijn uitgesloten.

Verzekerbaarheid

Verzekerbaar zijn personen onder de leeftijd van 60 jaar. De verzekering eindigt automatisch op de eerste vervalddag na de 65^e verjaardag.

ENKEL VOOR COLLECTIVE ONDERSCHRIJVING:

Voordeel C4: Corporate klanten kunnen een veelvoud onderschrijven van bovenstaande bedragen.

MODULE 4. GEWAARBORGD INKOMEN

In geval van (permanente of tijdelijke) arbeidsongeschiktheid, zal de waarborg een vergoeding voorzien in functie van de graad van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde persoon.

Graad van Arbeidsongeschiktheid	Rente :	LIGHT	STANDARD	GOLD
- 0-24,99%		0%	0%	0%
- 25-66,99%		25-66,99%	25-66,99%	25-66,99%
- 67-100%		100%	100%	100%

Verzekerde activiteiten

Ongevallen (alleen privé-ongevallen voor werknemers)	JA	JA	JA
Ziekten (beroepsgerelateerde ziekten uitgesloten voor werknemers)	JA	JA	JA
Zwangerschapscomplicaties	JA	JA	JA

Rentetype

Constance rente	JA	NEEN	NEEN
Stijgende rente na incident	NEEN	JA	NEEN
Geïndexeerde rente (voor én na incident)	NEEN	NEEN	JA

Verzekerbaarheid

Verzekerbaar zijn personen onder de leeftijd van 55 jaar. De verzekering eindigt automatisch op de eerste vervalddag na de 60^e verjaardag. In geval van arbeidsongeschiktheid die ontstaan is voor de vervalddag volgend op de 60^e verjaardag, zal de maatschappij de vergoeding blijven betalen tot het einde van de ongeschiktheidperiode, maar ten laatste tot de laatste dag van de maand dat de verzekerde persoon de leeftijd van 65 heeft bereikt.

Maximum verzekerbare rente

Tot een jaarlijks bruto-inkomen van € 30.000, accepteren wij een rente (inclusief de eventuele Sociale Zekerheidsuitkeringen) gelijk aan 80% van het officiële inkomen. Het gedeelte inkomen hoger dan € 30.000 kan enkel verzekerd worden a rato van 50%.

Carentijd

Een langere carentijd kan de premie reduceren. U kan kiezen tussen 30, 90 of 180 dagen.

Masterkey²Health

CROSS-BORDER HEALTH & ASSISTANCE

(→ Verklarende Woordenlijst)

Verklarende Woordenlijst

Deze Verklarende Woordenlijst is uw gids voor een goede verstaanbaarheid van de gebruikte terminologie. U vindt in de Algemene Voorwaarden regelmatig dit symbool (→...) terug welke refereert naar de verschillende items in deze woordenlijst.

1. Verzekering

De Algemene Polisvoorwaarden (met inbegrip van de Verklarende Woordenlijst) evenals de Bijzondere Voorwaarden (met inbegrip van de Waarborgenlijst) vormen samen het verzekeringscontract met de Maatschappij en zetten de voorwaarden uiteen waaronder de verzekering werd gesloten. Het verzekeringsvoorstel maakt eveneens intergraal deel uit van het verzekeringscontract. Deze stukken moeten samen gelezen worden om misverstanden te vermijden. Anderzijds maken promotionele teksten geen deel uit van het verzekeringscontract.

2. Bijzondere Voorwaarden

In de Bijzondere Voorwaarden vindt men de specifieke details waaronder het contract werd gesloten zoals de verzekeringsnemer, verzekerde personen, verzekeringsperiode, premie, vrijstelling, aanvangsdatum, enz... De Waarborgenlijst maakt deel uit van deze Bijzondere Voorwaarden. Nieuwe Bijzondere Voorwaarden worden opgesteld na elke wijziging van het contract.

3. Verzekeraar / Maatschappij / Wij / Onze

Synoniemen voor de verzekeraar zoals vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

4. Bijstandcentrale

De Bijstandcentrale van Inter Partner Assistance.

5. Verzekeringnemer

De fysieke persoon of rechtspersoon geïdentificeerd als verzekeringsnemer in de Bijzondere Voorwaarden.

6. Verzekerde persoon / U / Uw

Alle personen in de Bijzondere Voorwaarden opgesomd onder de noemer Verzekerde Personen.

7. Begunstigde

De persoon aan wie een uitkering (binnen de uitvoering van dit verzekeringscontract) betaalbaar wordt gesteld.

8. Gezinsleden

Echtgeno(o)t(e)/Partner, (schoon-)kinderen/ouders, andere personen met wie de verzekerde persoon op een permanente basis samenwoont op hetzelfde adres.

9. Naaste Familieleden

Echtgeno(o)t(e)/Partner, (schoon-)kinderen/ouders, (schoon-)broers/zussen, grootouders en kleinkinderen.

10. Minderjarige kinderen

Kinderen jonger dan de leeftijd van 18 jaar.

11. Aanvangsdatum

De datum aangegeven in de Bijzondere Voorwaarden waarop de verzekering een aanvang neemt, of waarop een nieuwe waarborg of een nieuwe verzekerde persoon werd toegevoegd.

12. Vervaldag

Datum waarop de premie verschuldigd is, meestal samenvallend met de verjaardag van de aanvangsdatum.

13. Wachtijd

Een periode die van start gaat op de aanvangsdatum van het contract waarin de verzekering geen dekking verleent, tenzij anders aangegeven.

14. Carenttijd

Een periode die van start gaat op de datum van schade waarin de verzekering geen dekking verleent, tenzij anders aangegeven.

15. Vrijstelling

De reële eigen uitgave, vastgesteld in de Bijzondere Voorwaarden, die zal worden afgetrokken van de schadevergoeding aan de verzekerde. Voor medische zorgen zal deze vrijstelling jaarlijks worden toegepast. Echter, voor andere waarborgen zal deze vrijstelling toegepast worden per schadegeval.

16. Ongeval

Een ongeval is elke plotse, onverwachte kracht van externe oorsprong, die de fysieke integriteit van de verzekerde persoon treft, en een directe oorzaak is van een medisch aantoonbaar fysiek letsel bij de verzekerde persoon.

Volgende incidenten worden eveneens als ongeval gezien:

- acute vergiftiging veroorzaakt door plotse en onvrijwillige inhalatie of inslikken van gasvormige, dampvormige, vloeibare of vaste substanties, andere dan medicijnen of allergenen;
- ziekte of allergische reactie direct veroorzaakt door een onvrijwillige val in water of elke andere substantie, of als gevolg van het er zich in begeven in een poging tot het redden van mensen, dieren of goederen;
- de onvrijwillige en plotse inname van substanties of voorwerpen in het spijsverteringssysteem, het ademhalingssysteem, de ogen of oren en die een intern letsel veroorzaken;
- verstuiking, ontwrichting of scheur van spier- en peesweefsel, op voorwaarde dat deze letsels plotseling veroorzaakt werden, en hun aard en locatie medisch vaststelbaar zijn;
- verstikking, verdrinking, bevriezing, zonnslag, hitteberoerte;
- uitputting, verhongering, dehydratie en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden;

- verwikkeling of verergering van het ongevalletsel als direct gevolg van de noodzakelijke eerste hulp of medische behandeling.

17. Acute ziekte

Een medische toestand van voorbijgaande aard en gedetermineerd als geneesbaar door behandeling.

18. Chronische ziekte

Een medische toestand van permanente aard en (nog) niet gedetermineerd als geneesbaar door behandeling.

19. Zware ziekte

Volgende ziekten worden als zware ziekten aanzien:

AIDS – Alzheimer – Amyotrofe Laterale Sclerose – Brusselose – Cholera – Creutzfeldt-Jacob – Crohn – Cysteachtige Fibrose – Diabetes type I en II – Difteritis – Encefalitis – Lymfomen (Hodgkin en andere) – Kanker – Leukemie – Malaria – Kwaadaardig melanoom – Meningitis – Miltvuur – Mucoviscidose – Multiple Sclerose – Nierdialyse – Paratyfus – Parkinson – Pokken – Poliomyelitis – Pompe – Progressieve spierdystrofie – Tetanus – Tuberculose – Tyfus – Virale Hepatitis

20. Kritische medische toestand

Een medische toestand die onmiddellijk transport naar een hospitaal vereist.

21. Medisch noodzakelijk

De medische diensten, verzorging, behandeling en/of bevoorradings die, volgens de beoordeling van de behandelende arts, geschikt is en in overeenstemming met de gestelde diagnose en algemeen aanvaarde medische standaards, en niet kan achterwege gelaten worden zonder de toestand van de verzekerde persoon of de kwaliteit van de behandeling ernstig in gevaar te brengen.

22. Blijvende invaliditeit/ongeschiktheid

Totale of partiële reductie van de fysieke integriteit van de verzekerde persoon dat door de raadsdokters als permanent wordt aanzien.

23. Economische ongeschiktheid

Effectief geleden reductie van het inkomensverwervend vermogen van de verzekerde persoon veroorzaakt door ziekte, ongeval of zwangerschapscomplicatie.

24. Fysiologische ongeschiktheid

Reductie van de fysieke integriteit van de verzekerde persoon veroorzaakt door ziekte, ongeval of zwangerschapscomplicatie.

25. Totale ongeschiktheid

Graad van ongeschiktheid gelijk of hoger is dan 67%.

26. Verzekeringszone

Het afgebakende geografische gebied waarbinnen dekking voorzien wordt voor schadegevallen die er zich voordoen.

27. Europa

- alle EU-lidstaten (België, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechische Republiek, Verenigd Koninkrijk en Zweden + eventuele nieuw aansluitende landen)
- alle EFTA-lidstaten (IJsland, Liechtenstein, Noorwegen)

- volgende onafhankelijke Staten: Andorra, Monaco, San Marino, Vaticaanstad en Zwitserland.

28. Noord-Amerika

De Verenigde Staten van Amerika (USA) en Canada.

29. Land van Residentie

Het land waar de verzekerde persoon zijn/haar gebruikelijke verblijfplaats heeft.

30. Land van Oorsprong

Het land door de verzekeringsnemer als dusdanig verklaard op het verzekeringsvoorstel, en waarvan hij/zij een paspoort en de nationaliteit bezit.

31. Land bevoegd voor de Sociale Zekerheid

Het land waar de verzekerde persoon Sociale Zekerheidsbijdragen afdraagt en waar hij/zij rechten kan doen gelden op Sociale Zekerheidsrechten en -uitkeringen.

32. Buitenland

Elk land buiten het land waar de persoon zijn residentie heeft.

33. Ziekenfonds

Mutuele of Private Ziekteverzekeraar (in NL "zorgverzekeraar" genoemd), gerechtigd om te voorzien in de lokale Gouvernementele Ziekteverzekeringsplannen, vaak genoemd "Krankenkasse", "Mutualité" of "Health Fund". Wordt tevens aanzien als Ziekenfonds:

- het ziekteverzekeringssysteem van de EU-ambtenaren;
- de Belgische Overzeese Sociale Zekerheid (DOSZ/OSSOM);
- De Franse "Caisse de Sécurité Sociale des Français de l'étranger" (CFE).

Wordt niet aanzien als ziekenfonds : Nationale gezondheidsdiensten (type National Health Service - NHS), overheidsinstellingen die behandeling in natura voorzien.

34. Hospitaal

Een instelling, die wettelijk gerechtigd is als medisch of chirurgisch hospitaal/kliniek

35. Revalidatiecentrum

Elk revalidatiecentrum geregistreerd in overeenstemming met de plaatselijk geldende wetgeving, dat geen hospitaal is.

36. Huisarts/Generalist

Een persoon met de gepaste kwalificaties en wettelijke vergunning om de algemene geneeskunde te beoefenen in het land waar de behandeling wordt uitgevoerd. De huisarts dient te handelen binnen het kader van zijn opleiding en licentie.

37. Specialist

Een persoon met de gepaste kwalificaties en wettelijke vergunning om de gespecialiseerde geneeskunde te beoefenen in het land waar de behandeling wordt uitgevoerd. De specialist dient te handelen binnen het kader van zijn opleiding en licentie.

38. Tandarts, tandspecialist

Een persoon met de gepaste kwalificaties en wettelijke vergunning om de tandgeneeskunde te beoefenen in het land waar de behandeling wordt uitgevoerd. De tandarts/tandspecialist dient te handelen binnen het kader van zijn opleiding en licentie.

39. Verloskundige

Een persoon met de gepaste kwalificaties en wettelijke vergunning om de verloskunde te beoefenen in het land waar de behandeling wordt uitgevoerd. De verloskundige dient te handelen binnen het kader van zijn opleiding en licentie.

40. Therapeut

Een persoon met de gepaste kwalificaties en wettelijke vergunning om de bepaalde therapieën te beoefenen in het land waar de behandeling wordt uitgevoerd. De therapeut dient te handelen binnen het kader van zijn opleiding en licentie.

41. Hospitalisatie

Medische of heelkundige behandeling in een hospitaal of kliniek waarbij het medisch noodzakelijk is een bed te bezetten gedurende tenminste 1 nacht.

42. Daghospitalisatie

Medische of heelkundige behandeling in een hospitaal of kliniek waarbij het medisch noodzakelijk is een bed te bezetten, maar waarbij men niet dient te overnachten.

43. Ambulante behandeling

Medische of heelkundige behandeling waarbij het medisch niet noodzakelijk is een bed te bezetten in een hospitaal of dagklinik.

44. Alternatieve geneeskunde

Behandeling in hospitaal/dagklinik of ambulante gegeven door een gekwalificeerd en wettelijk vergunde acupuncturist, chiropractor, homeopaat of osteopaat, die handelt binnen het kader van zijn opleiding en licentie.

45. Speciale Tandzorgen

Behandeling gegevens door een gekwalificeerd en wettelijk vergunde tandspecialist die handelt binnen het kader van zijn opleiding en licentie, betreffende:

- Bruggen
- Kronen
- Parodontose
- Orthodontie (tandcorrectie)
- Kunstgebitten
- Implantaten.

46. Thuisverpleging

Medische verzorging uitgevoerd door een wettelijk erkende verpleger/verpleegster bij de verzekerde persoon thuis, voorgeschreven door de behandelde arts en onmiddellijk volgend op de (dag)hospitalisatie.

47. Psychiatrische aandoening

Psychose, neurose, tijdelijke toestand van onaangepastheid, en andere kwalen of moeilijkheden normaliter behandeld door een psychiater.

48. Voorgeschreven medicatie

Medicatie waarvan de verkoop en het gebruik wettelijk enkel zijn toegestaan mits voorschrift van een dokter, huisarts of specialist of verloskundige.

Komen niet in aanmerking voor terugbetaling, bijvoorbeeld:

- versterkende en nutritionele producten;
- vermageringsproducten;
- tonicums, medicinale wijnen, levertraan- en visolieproducten;
- vitaminen;
- laxatieven;
- cosmetica producten.

49. Kosten voor patiëntentransport

De kosten voor medisch noodzakelijk en spoedeisend transport van patiënten per ziekenwagen, zowel van en naar een hospitaal.

De kosten voor spoedeisend transport van patiënten per helikopter van de plaats van onheil naar het dichtstbijzijnde en/of meest geschikt hospitaal.

Dit transport dient gerelateerd te zijn aan de medische behandeling waarvoor de Maatschappij geheel of gedeeltelijk tussenkomt.

Indien de verzekerde persoon zich niet in een medisch kritieke toestand bevindt, dient, om de terugbetaling van herhaaldelijk ziekenwagentransport te bekomen, een **voorafgaandelijke goedkeuring** van de Maatschappij bekomen zijn.

50. Evacuatie/Repatriëringskosten

- De kosten voor dringend en medisch noodzakelijk (→1.22) transport naar een andere regio of land waar de verzekerde persoon een geschikte behandeling kan genieten;
- De kosten voor repatriëring van het stoffelijk overschot naar het Land van Oorsprong, evenals de formaliteiten, het balsemen en de kist. De kosten voor crematie of teraardebestelling in het land van oorsprong zijn niet verzekerd.
- De kosten voor elk ander verzekerde dringende terugkeer naar het Land van Oorsprong of residentie.

51. Voertuig

Elk tweewielig voertuig, voertuig bestemd voor privé, zakelijk of gemengd gebruik, alle-terrein-voertuig, motorhome, of lichte vrachtwagen waarvan de maximum toegelaten massa (M.T.M.) 3,5 ton niet overschrijdt.

Wordt eveneens als voertuig beschouwd, op voorwaarde dat zij getrokken worden door het voertuig: de aanhangwagen, de caravan, waarvan de M.T.M. 3,5 ton niet overschrijdt of waarvan de lengte 6 meter niet overschrijdt.

52. Verblijfkosten

De kosten voor kamer en ontbijt in een hotel of ander logementshuis.

53. Bagage

Goederen en persoonlijke bezittingen toebehorend aan of gehuurd door de verzekerde persoon en, hem/haar vergezellend op zijn/haar reis.

54. Geld

Cash geld, bankbriefjes, cheques, traveller checks, waardebonnen en luchthaventakcoupons.

55. Reisdocumenten

Paspoort, rijbewijs, toeristenpas, tickets of andere reisdocumenten waarvan geen duplicaten kunnen verstrekt worden.

56. Constante rente

Een constante rente is een rente die onveranderd blijft gedurende de loop van het contract.

57. Stijgende rente na incident

Een "stijgende rente na incident" is een rente die, enkel gedurende het recht op uitkering, stijgt met 2% van de initiële rente zoals vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, na elke verjaardag van het begin van het recht op uitkering.

58. Geïndexeerde rente

Een rente is geïndexeerd wanneer de rente, zoals vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, elk jaar stijgt met 2% van de rente van het voorgaande jaar. Dit brengt tevens met zich mee dat ook de premie voor die rente elk jaar met 2% stijgt.

59. Resident

Een resident is een persoon die op permanente wijze in een bepaald land verblijft.

60. Internationaal student/stagiair

Een internationaal student is een persoon die studeert in een ander land dan zijn Land van Residentie.

Een internationaal stagiair is een student die stage loopt in een ander land dan zijn Land van Residentie.

61. Au-pair

Een au-pair is een persoon die bij een gastgezin inwoont, en er binnen de gegeven reglementering licht huishoudelijk werk doet (o.a. de kinderen van het gastgezin opvangt), en in het algemeen ook de taal van het gastgezin studeert.

62. Internationaal pendelaar

Een internationaal pendelaar is een persoon die in een ander land werkt dan zijn Land van Residentie, en aldus met een zekere regelmaat (dagelijks, wekelijks, ...) tussen beide landen pendelt.

63. Geëxpatrieerde / Expat / Inpat

Een expat is een persoon die, niet definitief woont en eventueel werkt in een ander land dan zijn Land van Oorsprong.

64. Immigrant/Emigrant

Een immigrant of emigrant is een persoon die, op definitieve basis, woont en eventueel werkt in een ander land dan zijn Land van Oorsprong. Omwille van het definitieve aspect worden zij aanzien als residenten.

Algemene Voorwaarden gemeenschappelijk aan alle modules

Artikel 1. Verzekeraar

IPA
Inter Partner Assistance NV (lid van de AXA-groep)
Louisalaan 166 bus 1
1050 Brussel - BELGIE
Toegelaten voor het uitoefenen van de takken Ongevallen (01), Ziekte (02) en Bijstand (18). Licentie nummer 0487.

Artikel 2. Omschrijving van het verzekeringscontract (→1)

2.1. Modules en Opties

De Modules "Medische Zorgen" en "Bijstand" vormen de verplichte basis in dit contract. Het contract kan uitgebreid worden met andere modules zoals "Ongevallen & Zware ziekten" en/of "Gewaarborgd Inkomen".

Beide basismodules hebben opnieuw een basisdekking die verder kan uitgebreid worden met Opties. Opties kunnen alleen onderschreven worden als supplement aan de verplichte basisdekking.

2.2. Reikwijdte van de verzekering

Deze verzekering (→1) voorziet in een dekking aan de verzekerde persoon naar welke wordt verwezen in de Bijzondere Voorwaarden (→2), binnen de reikwijdte en limieten zoals beschreven in de Waarborgenlijst.

2.3. Territorialiteit (→26)

De verzekering voorziet in een dekking binnen het Land van Residentie (→29) vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2). De dekking wordt uitgebreid ter gelegenheid van buitenlandse reizen buiten het Land van Residentie maar alleen binnen de gekozen verzekeringszone :

10: Europa (→27)

12: Europa + 90 dagen/jaar wereldwijd (excl. N-Amerika)

13: Europa + 90 dagen/jaar wereldwijd (incl. N-Amerika)

20: Wereldwijd (excl. N-Amerika)

23: Wereldwijd (excl. N-Amerika)+90 dagen/jr (incl. N-Am.)

30: Wereldwijd (incl. N-Amerika) (→28)

Indien het Land van Residentie verschilt van het Land bevoegd voor Sociale Zekerheid (→31) (wat bijv. het geval kan zijn bij internationale pendelaars (→62)), wordt de dekking uitgebreid in beide landen voor die verzekerde personen (→6) die ook recht hebben op tussenkomst vanwege de Sociale Zekerheid in beide landen.

Indien verwacht wordt dat een (tijdelijk) verblijf in het buitenland (→32) langer zou duren dan 90 opeenvolgende dagen is de verzekerde persoon verplicht dit onmiddellijk te melden aan de Maatschappij.

2.4. Vrijstellingen (→15)

De vrijstellingen vermeld in de Bijzondere Voorwaarden zullen worden toegepast per incident. Alleen voor Medische

Zorgen zal de vrijstelling worden toegepast éénmaal per verzekeringsjaar en per verzekerde persoon.

In geval van schorsing of annulatie van de verzekering zal geen reductie of pro-rata verrekening worden toegepast op vrijstellingen die reeds gedeeltelijk werden voldaan.

Artikel 3. Duur en einde van de verzekering

3.1. Verzekeringsduur

De verzekering zal effectief een aanvang nemen op de aanvangsdatum (→11), vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, (maar ten vroegste vanaf de dag waarop de eerste premie is betaald) voor een periode van minimum 1(één) jaar, en is automatisch hernieuwbaar voor opeenvolgende periodes van 1 (één) jaar.

3.2. Einde van de verzekering

De polis kan als volgt worden opgezegd:

3.2.1. Door de verzekeringsnemer (→5):

Per aangetekend schrijven van de Verzekeringnemer :

- Op de vervaldag (→12), mits 3 maanden voorafgaandelijke kennisgeving;
- Na schade, binnen de 30 dagen nadat de Maatschappij een definitief standpunt heeft ingenomen.
- Na premieverhoging of wijziging van voorwaarden:
 - Indien de verzekeringsnemer minstens 4 maanden vóór de jaarlijkse vervaldag op de hoogte wordt gebracht van de wijziging, heeft hij/zij het recht om het contract minstens 3 maanden vóór deze vervaldag op te zeggen. Het contract eindigt dan op die vervaldag.
 - Indien de verzekeringsnemer minder dan 4 maanden vóór de jaarlijkse vervaldag op de hoogte wordt gebracht van de wijziging, heeft hij het recht het contract op te zeggen binnen een periode van 3 maanden te rekenen vanaf de verzending van de kennisgeving van de wijziging. Daardoor eindigt het contract na één maand, te rekenen vanaf de dag van kennisgeving, na de datum van het ontvangstbewijs of, in geval van een aangetekende brief, na de neerlegging ter post van deze aangetekende brief, doch ten vroegste op de jaarlijkse vervaldag.

Bij overlijden van de verzekeringsnemer, kunnen de eventuele andere verzekerden het contract opzeggen, door verzending van een aangetekende brief binnen dertig dagen na overlijden.

3.2.2. Door de Maatschappij(→3):

Tenzij anders vermeld in de Algemene Voorwaarden van de diverse Modules en Opties, per aangetekend schrijven van de Maatschappij:

- Indien de verzekerde persoon (→6) bij de aangifte van een incident doelbewust een foutieve voorstelling van de feiten heeft gegeven, of heeft nagelaten voor de Maatschappij belangrijke informatie door te geven, die, indien ze zou gekend geweest zijn, nooit aanleiding zou gegeven hebben tot het verzekeren van het risico. In dit geval zal de verzekering eindigen op de datum vermeld

in de opzegbrief. De Maatschappij zal echter steeds een opzegperiode van minimum 30 dagen in acht nemen.

- In geval van niet-betaling van de premie en mits inachtnaam van de procedure uiteengezet in art. 5.2.

Artikel 4. Wijziging van het contract

De verzekeringsnemer kan de maatschappij vragen om de Bijzondere Voorwaarden (→2) van het contract te wijzigen. Leidt die wijziging tot een verhoging van het gedekte risico, dan is de aanvaarding ervan onderworpen aan de voorwaarden die op het ogenblik van die wijziging van toepassing zijn.

Elke wijziging moet worden geacteerd via een bijvoegsel of elk ander gelijkwaardig document.

Artikel 5. Premiebetaling

5.1. Premiebetaling algemeen

De premies worden bepaald door de Maatschappij en zijn, tenzij anders vermeld, betaalbaar vooraf, inclusief lokale premietaksen en bijdragen.

De eerste premie zal vervallen op de aanvangsdatum (→11) van het verzekeringscontract, vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2).

De verzekeringsnemer (→5) kan kiezen tussen trimestriële en jaarlijkse premiebetaling. Trimestriële premies zijn 26% van de jaarlijkse premie.

De premie dient betaald te zijn binnen de 30 (dertig) dagen na vervalddag (→12).

Premiebetaling is mogelijk via bankoverschrijving, cheque, kredietkaart of cash.

De Maatschappij behoudt het recht om de premies eens per jaar, met ingang van de vervalddag aan te passen:

- aan de eventuele wijzigingen in dekking;
- aan de gewijzigde uitgavenstaat in voorgaand kalenderjaar (bijvoorbeeld omwille van de gewijzigde prijs van de medische zorgen);
- in geval van een fundamentele wijziging van de wetgeving inzake Sociale Zekerheid;
- in geval van invoering of wijziging van een regelgeving die een invloed heeft op dit contract.

Dit in verhouding tot de wijziging van de desbetreffende wetgeving en de financiële gevolgen ervan voor de maatschappij en na de verzekeringsnemer daarvan voorafgaand verwittigd te hebben.

De uitgaven voor medische zorgen zijn eveneens ouderdom-gerelateerd. De premies zullen daarom ook worden aangepast aan de leeftijd op de eerstvolgende vervalddag na de volgende verjaardagen van de verzekerde persoon (→6): 20, 30, 40, 50, 60, 70.

5.2 Niet (tijdige) betaling

De verzekeringsnemer (→5) blijft verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de premie aan de Maatschappij (→3). Indien de premie niet ontvangen werd door de Maatschappij op de vervalddag (→12), zal de Maatschappij een aangetekende aanmaning sturen. 15 (vijftien) dagen na verzending van die aangetekende aanmaning heeft de Maatschappij het recht de polis te schorsen of te vernietigen indien de premie nog steeds niet ontvangen werd. Elke

schorsing of vernietiging wegens niet-betaling zal ingaan na het verstrijken van bovenvermelde periode.

De verzekeringsnemer blijft verantwoordelijk voor elke verschuldigde premie, interesten en kosten. Een geschorste polis kan slechts opnieuw in voege treden nadat alle verschuldigde premies zijn voldaan en ontvangen bij de Maatschappij, en mits in acht neming van eventuele speciale clausules in de Algemene of Bijzondere Voorwaarden. Er zal geen enkel recht op uitkering bestaan voor schadegevallen die zijn ontstaan in de periode van schorsing van het contract.

Artikel 6. Algemene uitsluitingen

De verzekering zal geen schade ten laste nemen die is veroorzaakt of voortvloeit uit:

6.1. Oorlogsrisico/terrorisme

Directe of indirecte actieve deelname aan (burger)oorlog, invasie, oproer, staking, inval van vreemde mogendheden, vijandelijkheden (ongeacht of de oorlog werd verklaard of niet) rebellie, revolutie, opstand, terrorisme, militaire macht of elke illegale daad.

6.2. Criminele feiten

Het plegen van elk crimineel feit, als dader, mededader of medeplichtige door de verzekerde persoon (→6) of door een begunstigde (→7) die belang heeft bij de waarborgen van deze polis.

6.3. Wapens

Het bezit en/of het actieve gebruik van wapens door de verzekerde persoon (→6) of door een begunstigde (→7) die belang heeft bij de waarborgen van deze polis.

6.4. Nucleaire reacties

- Nucleair ongevallen zoals beschreven op de Conventie te Parijs van 29 Juli 1960.
- Ioniserende straling of vervuiling door radio-isotopen.

Een uitzondering wordt gemaakt voor nucleaire reacties die inwerken op de verzekerde persoon (→6) in het kader van een medische behandeling.

6.5. Alcohol/drugs

Het gebruik van alcohol, intoxicerende substanties, drugs of medicijnen (behalve wanneer de medicijnen voorgeschreven zijn en ze conform het voorschrift worden gebruikt).

6.6. Sport

- Het beoefenen van sport als (bij)beroep.
- Het beoefenen van gevaarlijke sporten zoals:
 - Voorbereiding op, en deelname aan snelheidswedstrijden met gemotoriseerde of andere voertuigen, motorboten en fietsen;
 - Amateur-vliegen, deltavliegen, parachutisme;
 - Wild water varen, diepzeeduiken;
 - Paardensportwedstrijden;
 - Alle gevechts- en zelfverdedigingsporten;
 - Rugby;
 - Gletsjertochten zonder gids, alpinisme;
 - Ski alpinisme, schansspringen, skibob;
 - Skizeilen, ijszeilen, bobsleeën, rodelen, skeleton, swing bo.

6.7. Andere uitsluitingen

- Daad met opzet of met toestemming van de verzekerde persoon (→6) of begunstigde (→7) die belang heeft bij de waarborgen;
- Zelfmoord of poging tot zelfmoord;
- Roekeloze daad of grove nalatigheid;
- Actieve deelname in gevechten of waaghalzerij waarbij de verzekerde persoon zijn/haar leven of lichaam in gevaar brengt.

Artikel 7. Schade

7.1. Aangeven van schade

Schade dient zo snel mogelijk te worden aangegeven aan de Maatschappij. Hiertoe dient een schadeformulier te worden ingevuld volgens de geldende instructies en te worden teruggestuurd aan de Maatschappij samen met de originele, gedetailleerde facturen en andere bewijsstukken.

Het recht op schadevergoeding zal vervallen indien de schade niet werd aangegeven binnen de drie (3) jaar nadat de schade is ontstaan.

7.2. Aanvullende tussenkomst

In geval de schade of de opgelopen kosten verhaald kunnen worden bij andere verzekeringsinstellingen, of Sociale Zekerheidsinstellingen, zal deze verzekering enkel gelden als aanvulling op die verzekeringen of voordelen, en dit beperkt tot de limieten opgegeven in onze Waarborgenlijst.

7.3 Subrogatie

Voor elke vergoeding gedaan in het kader van deze verzekering, zal de Maatschappij in de plaats treden van de verzekerde persoon (→6) inzake alle rechten en vorderingen die de verzekerde eventueel zou genieten tegenover derde personen of organisaties. De verzekerde zal verplicht zijn zijn/haar volle medewerking te verlenen om deze rechten van de maatschappij te vrijwaren.

7.4. Betwisting en Expertise

Mochten de verzekeringsnemer (→5) en/of de verzekerde (→6) het niet eens zijn betreffende een medische aangelegenheid, dan moet dit aan de maatschappij worden meegedeeld binnen de 15 dagen na de kennisgeving van haar beslissing.

De betwisting wordt op tegenspraak voorgelegd aan een medische commissie bestaande uit 2 artsen-experts, waarvan er één door de verzekeringsnemer en/of de verzekerde en één door de Maatschappij is aangewezen. Als deze geen akkoord bereiken, stellen ze een derde arts-expert aan, wiens rol erin zal bestaan uitsluitsel te geven.

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

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

Hetzelfde geldt voor het honorarium van de artsen op wie er een beroep wordt gedaan.

Artikel 8. Wisselkoersen

Premies dienen betaald te worden in de munteenheid vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2). Alle wissel- en bankkosten zijn ten laste van de Verzekeringsnemer (→5).

Schade wordt vergoed aan de verzekerde persoon (→6), ofwel in de munteenheid vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, ofwel in de munteenheid van zijn keuze. De datum van omrekening zal de datum zijn van ontvangst van de factuur zijn. In dit geval zal het eventuele verschil in wisselkoers tussen de datum van ontvangst van de factuur en de datum van betaling ten laste zijn van de Maatschappij.

De gebruikte wisselkoers is de officiële interbancaire wisselkoers.

Artikel 9. Plichten van de verzekerde persoon

De verzekerde persoon (→6) is verplicht om:

1. elk schadegeval aan te geven aan de Maatschappij binnen de 30 dagen of zo snel als redelijkerwijze mogelijk te melden aan de maatschappij.
2. alle gegevens en documenten zo snel mogelijk over te maken aan de Maatschappij.
3. de Maatschappij op de hoogte te houden van alle nieuwe feiten en ontwikkelingen inzake het schadegeval.
4. alle redelijke maatregelen te treffen om de schade en de gevolgen voor de Maatschappij te beperken.
5. zijn/haar volle medewerking te verlenen inzake de schaderegeling en geen enkele actie te ondernemen dat de belangen van de Maatschappij zou kunnen schaden.

Indien de verzekerde bovenstaande verplichtingen niet nakomt en dit resulteert in een nadeel voor de Maatschappij, behoudt deze laatste het recht de schadevergoeding te reduceren ten belope van het bedrag van dit nadeel.

De verzekerde persoon verliest elk recht op vergoeding indien, rekening houdende met de omstandigheden waarin het incident zich voordeed of met elke andere component van de schade, hij/zij:

- doelbewust een foutieve voorstelling van de feiten heeft gegeven of een valse verklaring heeft gedaan;
- informatie heeft achtergehouden waarvan hij/zij wist – of redelijkerwijs kon weten – dat deze informatie belangrijk was voor de Maatschappij.

Artikel 10. Kennisgevingen

Berichtgevingen van de Maatschappij (→3) aan de verzekeringsnemer (→5) zullen rechtmatig gedaan worden op het, voor de Maatschappij, laatste gekende adres van de verzekeringsnemer.

De verzekeringsnemer wordt geacht de Maatschappij in kennis te stellen van elke wijziging in naam of adres vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2), in bestaande dekkingen bij andere instellingen, of in de beroepsactiviteiten van de verschillende verzekeringsnemers. De maatschappij dient ook op de hoogte gebracht te worden bij overlijden van de verzekeringsnemer of één van de verzekerde personen. De Maatschappij kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor de gevolgen indien de verzekeringsnemer of de verzekerde (→6) verzaakt aan de kennisgeving van bovengenoemde feiten.

Alle kennisgevingen aan de maatschappij, schadeaangiftes, correspondentie, medische diagnoses en facturen, enz... dienen in één van volgende talen te worden gedaan: Duits, Engels, Frans, Nederlands of Spaans.

Alle kennisgevingen uitgaande van de maatschappij zullen worden gedaan in de taal van het contract.

Artikel 11. Van toepassing zijnde wetgeving, Geschillen

Deze verzekering wordt uitgevoerd onder de Belgische Wetgeving, meer bepaald de Wet op de Landsverzekeringen van 25 Juni 1992.

Elk geschil met betrekking tot de interpretatie en/of de uitvoering van huidig contract zal uitsluitend worden beslecht door de Belgische Rechtbanken.

Artikel 12. Wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Alle (medische) gegevens van de verzekeringsnemer (→5), verzekerde personen (→6) en begunstigen (→7) die aan de Maatschappij zijn overhandigd, of nog zullen worden overhandigd, mogen worden verwerkt in het klantenbestand van de Maatschappij, met het oog op aanvaarding van de risico's, beheer van de contracten, regelen van schadegevallen, betaling van premies en klantenservice in het algemeen. Om een optimale service te kunnen verlenen, kunnen we deze gegevens meedelen aan dienstverleners die voor de Maatschappij optreden. Alle informatie zal met de grootste discretie worden behandeld.

De betrokken personen verlenen hun uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van deze gegevens in het kader van dit contract. Deze verwerking is vastgesteld in de Belgische Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Elke betrokken persoon heeft het recht van zijn/haar persoonlijke gegevens kennis te krijgen en ze te laten verbeteren indien nodig.

Algemene Voorwaarden eigen aan Module 1. Medische zorgen

Artikel 13. Plan Type, mogelijkheden en gevolgen

13.1. Full Cover Plan (100%-verzekering)

Dit plan voorziet een dekking zoals vermeld in de Waarborgenlijst. De verzekerde persoon (→6) heeft de vrijheid van keuze inzake dokter (→36), specialist (→37) en hospitaal (→34).

3 versies van het Full Cover Plan worden U aangeboden: Light, Standard en Gold. Het Plan dat voor u van toepassing is wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2).

13.2. Top-Up Plan (aanvullende verzekering)

Personen die een verplichte dekking hebben via hun ziekenfonds (→33) kunnen opteren voor een Top-Up Plan. Dit Top-Up Plan is beschikbaar voor alle verplichte ziektefondsstelsels in de EU, evenals voor:

- het ziekteverzekeringstelsel van de EU-ambtenaren;
- de Belgische Overzeese Sociale Zekerheid (DOSZ)
- het Franse stelsel van Fransen in het buitenland (CFE).

Dit Top-Up Plan is aanvullend op de dekking van het ziekenfondsstelsel van de verzekerde persoon (→6). Dit betekent dat de ziekenfondsdekking en het Top-Up Plan **samen** een 100%-verzekering voorzien zoals vermeld in de Waarborgenlijst.

Opnieuw worden U 3 versies van het Top-Up Plan aangeboden: Light, Standard en Gold. Het Plan dat voor u van toepassing is wordt vermeld in de Bijzondere voorwaarden (→2).

De verzekerde personen behouden hun vrije keuze inzake dokter (→36)/specialist (→37)/hospitaal (→34). Echter, indien het lokale ziekenfonds omtrent deze vrije keuze regels hanteert, of enkel met bepaalde ziekenhuizen of artsen samenwerkt, dan wordt de verzekerde persoon verzocht deze regels te volgen. Zoniet, zal de Maatschappij haar uitkering beperken tot het gedeelte dat ze zou moeten vergoeden indien de verzekerde zich gehouden had aan de keuze van het ziekenfonds.

Om de juiste schadevergoeding te bepalen heeft de Maatschappij een attest nodig van het ziekenfonds waarop zij hun deel van de vergoeding bevestigen.

De verzekerde persoon dient de Maatschappij steeds te verwittigen zodra er zich veranderingen voordoen in zijn sociaal statuut of ziekenfondsdekking.

13.3. Sleeper Plan (wachtverzekering)

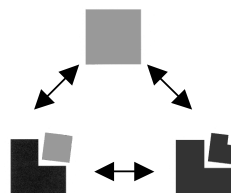
Wanneer de verzekerde (→6) geniet van een verplichte collectieve medische verzekering van zijn/haar werkgever, kan hij/zij opteren voor het Sleeper Plan.

In dit plan is de waarborg beperkt tot de basiswaarborg bijstand zoals gedefinieerd in Module 2.

In dit Plan betaalt de verzekerde persoon enkel een deel van de premie om zijn/haar toekomstige rechten op de bestaande waarborgen te vrijwaren (acceptatie, wachttijden (→13)).

Gedurende de tijd dat de waarborg geschorst is zullen geen vergoedingen betaald worden door de Maatschappij.

De verzekerde dient de maatschappij te verwittigen, ten laatste binnen de 30 dagen na het verlaten van de werkgeverspolis, (bijvoorbeeld bij pensionering). Op die manier wordt hij/zij vrijgesteld van medische formaliteiten en wachttijden.



13.4. Veranderen van één plan naar een ander.

Veranderen naar Full Cover Plan is steeds mogelijk, behalve in landen waar dergelijke dekkingen verboden zijn voor personen met een ziekenfondsdekking (Bijv. Frankrijk).

In alle andere gevallen van verandering dient een bewijs overgemaakt te worden aan de Verzekeraar, in de vorm van een attest van het Ziekenfonds (→33) of Sociale Zekerheidsinstelling (E-formulier), of een kopie van de werkgeverspolis met een details van de waarborgen. In geval van verandering naar een Full Cover Plan, zonder enig bewijs van verandering in de situatie, behoudt de Verzekeraar het recht om een nieuwe medische acceptatieprocedure te vragen.

In geval van verandering van Plan zal de premie pro-rata worden afgerekend.

De verzekerde persoon dient de Maatschappij binnen de 30 dagen schriftelijk op de hoogte te brengen van elke wijziging in Sociaal Statuut, Ziekenfondsdekking of werkgeversverzekering. Lees in dit verband ook Art. 9 en 10 van de Algemene Voorwaarden.

13.5. Intellectuele eigendom van het concept

Dit concept waarbij de polis wordt aangepast aan de situatie van de verzekerde, "het Kameleon-Concept" genaamd, werd ontwikkeld en uitgewerkt door Expat & Co bvba – Lange Haagstraat 72 – B 1700 Dilbeek - België, en werd geregistreerd als model bij B.B.D.M (i-depot) N°3193/2005.

Artikel 14. Verzekerbaarheid

Zijn verzekeraar, de personen die:

- gezond zijn van lijf en leden en algemeen in een goede gezondheid verkeren bij de aanvangsdatum (→11)
- jonger zijn dan 70 jaar

Artikel 15. Basiswaarborg: Hospitalisatieplan

Het hospitalisatieplan dient afgesloten te worden voor eender welke bijkomende Optie kan worden toegevoegd.

De verzekeraar zal de medische kosten van de verzekerde persoon (→6) dragen in overeenstemming met het gekozen plan, de versie en de overeenstemmende waarborgen en limieten. Deze staan vermeld in de Waarborgenlijst.

15.1. Hospitalisatie (→41)

Terugbetaling voor alle medisch noodzakelijke (→21) accommodatiekosten, doktershonoraria, medicatie en hulpmiddelen, verzorgingskosten voor zover de verzekerde (→6) persoon een bed bezet in een hospitaal (→34).

Supplementaire kosten voor Private Kamer zijn niet verzekerd in de Light versie, behalve:

- Indien medisch noodzakelijk (→21);
- in geval van "Intensive Care".

Deze uitzonderingen moeten worden geattesteerd door de behandelende specialist (→37).

Palliatieve Zorgen zijn beperkt in duurtijd zoals vermeld in de Waarborgenlijst. Palliatieve Zorgen en Mortuariumkosten worden enkel terugbetaald wanneer ze worden vermeld op de hospitaalfactuur.

15.2. Beenmerg-, weefsel en orgaantransplantatie

De medisch noodzakelijke (→21) uitgaven voor opname evenals pre- en posthospitalisatiekosten van de donor zullen volledig worden vergoed op basis van het gekozen plan en versie van de verzekerde ontvanger. In geen geval zal de totale vergoeding voor donor en ontvanger samen de opgegeven limieten in de Waarborgenlijst overschrijden.

15.3. Zwangerschap en Bevalling

Deze waarborg omvat de normale bevallingen, zwangerschapscomplicaties, thuisbevalling, pre- en postnatale behandeling door een arts en/of verloskundige (→39). Het omvat niet de pre- en postnatale oefeningen.

De kosten voor zwangerschap en bevalling worden slechts vergoed ten belope van de limieten voorzien in de Waarborgenlijst en op voorwaarde dat de bevallingsdatum na de van toepassing zijnde wachttijd (→13) van de verzekerde moeder valt. (10, 12 of 24 maanden).

Een vrijwillige keizersnede zal worden terugbetaald aan de kostprijs van een normale bevalling.

De waarborgen van het hospitalisatieplan zullen eveneens van toepassing zijn voor de nieuwgeborenen vanaf moment van geboorte ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen onder voorwaarde dat:

- ze worden aangesloten bij de Maatschappij binnen de dertig (30) dagen na de geboorte;
- alle andere kinderen uit het gezin, samenwonend met de verzekerde ouder(s) op hetzelfde adres, werden reeds aangesloten in deze verzekering;
- de geboortedatum valt na de van toepassing zijnde wachttijd (→13) van de verzekerde (→6) moeder.

De uitsluitingen voorzien in Artikel 19.1. zullen niet worden toegepast in dit geval.

Kosten voor één (1) polysomnografische registratie (wiegendoodtest) binnen de eerste zes maanden na de geboorte zullen eveneens worden vergoed.

15.4. Pre- en Posthospitalisatie

Worden terugbetaald binnen de opgegeven limieten en periodes in de Waarborgenlijst:

- Voorgescreven behandelingen (in hospitaal of ambulantly) vóór en na de hospitalisatie (→41) die in rechtstreeks verband staan met de opname;
- Voorgescreven medicatie (→48) die in rechtstreeks verband staan met de opname;
- Fysiotherapie volgend op een hospitalisatie en voorgeschreven door de behandelende specialist (→37). Pre- en postnatale oefeningen, manuele therapie, sportmassage en bezigheidstherapie, zijn niet terugbetaalbaar.

15.5. Thuisverpleging (→46)

Thuisverzorging kan eveneens worden vergoed, binnen de opgegeven limieten, en indien ze voldoet aan volgende voorwaarden:

- De thuisverzorging volgt onmiddellijk op een verzekerde hospitalisatie en is nodig om verzorging in het hospitaal te vervangen;
- De thuisverzorging is voorgeschreven door de behandelende arts en wordt uitgevoerd door een erkend verpleegkundige.

15.6. Fysische revalidatie

Behandeling in een revalidatie centrum (→ 35) onmiddellijk volgend op een hospitalisatie, kan worden terugbetaald binnen de opgegeven limieten.

15.7. Psychiatrische behandeling (→47)

Behandeling van Psychiatrische aandoeningen in een open hospitaal (→34) kunnen worden terugbetaald, binnen de opgegeven limieten.

15.8. Spoedeisende tandzorgen

Binnen de opgegeven limieten, worden de redelijke en noodzakelijke spoedeisende tandzorgkosten, uitgevoerd door een erkend tandarts of tandspecialist (→38) terugbetaald, voor het reconstrueren van een natuurlijk gezond gebit dat werd beschadigd ten gevolge van een ongeval (→16). Eventuele kaakchirurgie wordt volledig vergoed zoals een andere heelkundige ingreep.

15.9. Verblijfkosten (→52) voor begeleidende ouder van een minderjarig kind

Verblijfkosten voor één (1) ouder die een minderjarig kind (→10) begeleidt in het hospitaal (→34) zal volledig worden terugbetaald gedurende een maximum van 30 dagen.

Indien de ouders niet in het hospitaal kunnen overnachten en het hospitaal is meer dan 75 km of 1 uur rijden verwijderd van het thuisadres, kan de Verzekeraar beslissen om een hotelkamer te vergoeden in de directe omgeving van het hospitaal, binnen de opgegeven limieten in de Waarborgenlijst.

15.10. In het buitenland (→32)

Gedurende een verblijf buiten het Land van Residentie (→ 29) of het Land bevoegd voor Sociale Zekerheid (→31), kunnen enkel de spoedeisende en noodzakelijke medische kosten vergoed worden die verband houden met een **acute ziekte** (→17), een **acute aanval van een chronische ziekte** (→18) of een **ongeval** (→16) ontstaan tijdens het verblijf.

Er zal geen vergoeding betaald worden in verband met geplande opnames in een buitenlands hospitaal (→34), behalve mits voorafgaande toestemming van de Verzekeraar

en eventueel van het Ziekenfonds (→33) in geval van een Top-Up Plan.

Er is tevens geen dekking buiten de gekozen verzekeringszone (→26).

15.11. Preventieve Controles en Vaccins

Eens per verzekeringsjaar kan de verzekerde persoon (→6) een algemene medische controle ondergaan bij een huisarts (→36) om preventieve redenen.

Daarnaast kan elke meerderjarige vrouw een borst- en baarmoeder(hals)test ondergaan en elke man ouder dan 45 een prostaatkankertest, ten laste van de Maatschappij, bij een specialist (→37), binnen de opgegeven limieten.

Alle noodzakelijke vaccins zullen eveneens worden vergoed, binnen de opgegeven limieten.

15.12. Patiëntentransport

Wegtransport per ziekenwagen, indien spoedeisend en medisch noodzakelijk (→21), zal worden vergoed binnen de opgegeven limieten, na een ongeval (→16), acute ziekte (→17), een acute aanval van een chronische ziekte (→18), een bevalling, of van hospitaal naar hospitaal (→34) mits doktersvoorschrift.

De kosten voor transport (→38) per taxi, auto of trein worden eveneens terugbetaald, indien spoedeisend.

Spoedeisend en medisch noodzakelijk heliportertransport van de plaats van incident naar het hospitaal.

Elk ander transport moet **vooraf goedgekeurd** worden door de Bijstandcentrale (→4) om in aanmerking te komen voor vergoeding.

15.13. Dagvergoeding

Wanneer een patiënt kan genieten van een hospitalisatie (→41) waarvoor de Verzekeraar helemaal geen kosten dient te betalen (hospitaal accommodatie, honoraria, verzorgingskosten, medicijnen, bandages, hulpmiddelen ...) kan hij/zij genieten van een dagvergoeding per nacht dat hij/zij een hospitaalbed heeft bezet, binnen de opgegeven limieten vermeld in de Waarborgenlijst. Dit kan gebeuren in landen waar de Sociale Zekerheid 100% van de behandeling ten laste neemt.

Om die dagvergoeding te bekomen dient de verzekerde (→6) persoon een attest voor te leggen of enige vorm van bewijs om zijn/haar verblijf aan te tonen (hospitaaladres, naam van de behandelend arts, periode en reden van opname).

15.14. Zware ziekten (→19)

Deze waarborg zal alle medisch noodzakelijke (→21) behandelingen in hospitaal (→41), daghospitaal (→42), of ambulant (→43) volledig vergoeden. De voorgeschreven medicijnen (→48) binnen dit kader worden eveneens vergoed. De lijst met de gedekte zware ziekten is opgenomen in de Waarborgenlijst en in de Verklarende Woordenlijst.

De diagnose van de ziekte moeten worden bevestigd door biologische of anatomopathologie onderzoeken, medische beeldvorming of andere medisch erkende onderzoeken, en zijn onderwerp van een expertise door een medische adviseur van de maatschappij.

Artikel 16. Opties

De Opties dekken de medische kosten van de verzekerde persoon overeenkomstig hun gekozen plan en versie en de bijhorende waarborgen en limieten, weergegeven in de Waarborgenlijst.

16.1. Optie 1: Facultatieve verzorging in Land van Oorsprong (→30)

Indien de verzekering wordt uitgebreid met Optie 1, zullen volgende voorwaarden van kracht zijn:

Optie 1 kan enkel worden afgesloten als supplement aan het Hospitalisatieplan.

Een verzekerde persoon kan opteren voor een behandeling in zijn/haar Land van Oorsprong (→ 1.30) voor belangrijke of kritische ingrepen, binnen de opgegeven limieten, en op voorwaarde dat:

- de Verzekeraar voorafgaandelijk haar toestemming heeft verleend.
- de totale kosten voor de behandeling niet hoger liggen dan de limieten vermeld in de Waarborgenlijst bij "Hospitalisatieplan";
- de limieten bij Optie 1: "Facultatieve verzorging in Land van Oorsprong" de maximale terugbetalingen zijn bovenop de normale bedragen die zouden betaald zijn voor een identieke behandeling in het Land van Residentie (→29) en/of het Land bevoegd voor Sociale Zekerheid (→31).

Er worden geen transportkosten (→49) betaald, tenzij in de Gold versie waar we 50% van de reiskosten betalen in economy class.

Er worden geen logementkosten (→52) betaald, buiten de hospitaalaccommodatie en de kosten van begeleiding van een minderjarig kind (→10) zoals opgegeven in de Waarborgenlijst van het basis Hospitalisatieplan.

16.2. Optie 2: Ambulante behandelingen (→43)

Indien de verzekering wordt uitgebreid met Optie 2, zullen volgende voorwaarden van kracht zijn:

Optie 2 kan enkel worden afgesloten als supplement aan het Hospitalisatieplan.

Volgende kosten worden vergoed, binnen de opgegeven limieten:

- De honoraria van huisarts (→36) of specialist (→37) voor consultaties en bezoeken ter gelegenheid van een medische behandeling, onderzoek, kleine heelkundige ingrepen zonder een hospitaalbed te moeten bezetten;
- De kosten voor labotesten, medische beeldvorming, elektrofysiologie (ECG, EEG, EMG), IRM en nucleaire geneeskunde gebruikt voor diagnose of om medische problemen te behandelen;
- Voorgeschreven begeleiding door Diëtist(e), Logopedist(e) en Stress Counselor, onder toezicht van de behandelende arts of specialist;
- De honoraria voor ambulante Fysiotherapie. De vergoedbare onkosten omvatten niet manuele therapie, sportmassage en bezigheidstherapie;
- Pre/Postnatale oefeningen na de toepasselijke wachttijd (→13) voor zwangerschappen;
- Ambulante Psychiatrische behandeling (→47) en psychotherapie;
- Voorgeschreven medicijnen (→48).
- Voor honoraria van de acupuncturist, chiropractor, homeopaat of osteopaat (→44);

- voor de kosten van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen voorgeschreven door een gekwalificeerd arts, therapeut (→40) of homeopaat (→44).

16.3 Optie 3: Tandzorgen, Optiek & Hoorapparaten

Indien de verzekering wordt uitgebreid met Optie 3, zullen volgende voorwaarden van kracht zijn:

Optie 3 kan enkel worden afgesloten als supplement aan het Hospitalisatieplan.

Volgende behandelingen zijn verzekerd als routine tandzorgen, binnen de opgegeven limieten :
tandcontrole, tandreiniging, vullingen, wortelbehandeling, tandextractie, tandheelkunde, anesthesie en radiografisch onderzoek.

Volgende behandelingen zijn verzekerd als speciale tandzorgen(→45), binnen de opgegeven limieten:
Plaatsen van bruggen, kronen, implantaten, paradentose, orthodontie en kunstgebitten. Speciale tandzorgen zijn onderworpen aan een wachttijd (→13) van 12 of 24 maanden, in functie van de gekozen versie.

Eén (1) paar glazen of contactlenzen per verzekeringsjaar zijn verzekerd binnen de opgegeven limieten.
Voor monturen wordt een forfait betaald per opgegeven periode en mits voorlegging van een factuur.
Zonnebrillen en gekleurde lenzen zijn uitgesloten.

Hoorapparaten voorgeschreven door een oorspecialist (→37) zijn verzekerd, binnen de opgegeven limieten voor maximum één (1) apparaat per hardhorige zijde en dit elke 3 jaar.

Artikel 17. Collectieve onderschrijvingen

17.1. Voordeel C1: Aanvaarding van voorafbestaande aandoeningen

Dit voordeel is alleen toegestaan voor verplichte collectieve polissen voor objectief samengestelde groepen van minstens 10 verzekerde personeelsleden in een Full Cover Plan of Top-Up Plan. Sleeper Plannen worden niet meegerekend.

Personen aanvaard onder deze optie dienen geen medische acceptatieprocedure te ondergaan en worden dientengevolge ook verzekerd, binnen de opgegeven limieten, voor ziekten en letsels voorafbestaand aan de begindatum (→11) van de polis.

Zij kunnen dit voordeel behouden wanneer zij veranderen naar een individuele polis op voorwaarde dat zij tenminste 2 opeenvolgende jaren verzekerd waren in de collectieve polis, en het afsluiten van de individuele polis gebeurt binnen de 30 dagen na het verlaten van de collectieve polis.

Voor groepen vanaf 5 verzekerde personeelsleden volstaat een verklaring van goede gezondheid.

Artikel 18. Schaderegeling

18.1. Terugbetalingen

Terugbetalingen gebeuren na de goedkeuring van de uitgaven door de Maatschappij, nadat de originele, en gedetailleerde facturen en onkostennota's, samen met het polisnummer en de diagnose aan haar werden overgemaakt. In geval van een Top-Up Plan dienen de originele facturen en onkostennota's vervangen te worden door kopieën vergezeld van een origineel attest van het ziekenfonds (→33) waarop hun deel van de vergoeding staat aangeven.

Vergoedingen kunnen worden beperkt tot redelijke bedragen, gebruikelijk in het land waar de behandeling heeft plaatsgevonden.

In geen geval zal de vergoeding hoger zijn dan het bedrag vermeld op de factuur. Indien de verzekerde persoon toch een vergoeding ontvangt hoger dan waarop hij recht heeft, zal de verzekerde persoon verplicht zijn het verschil onmiddellijk aan de Maatschappij terug te betalen, zoniet zal het verschil via schuldvergelijking in een andere afrekening tussen de verzekerde persoon (→6) en de maatschappij (→3) verreken worden.

18.2. Vrijstellingen (→15)

Indien voor een vrijstelling gekozen wordt, zal deze gelden per verzekerde persoon (→6) en per verzekeringsjaar.

Indien de verzekerde een wijziging vraagt van de vrijstelling, zal deze pas ingaan bij de volgende vervaldag (→12).

Alle verzekerde personen in dezelfde polis hebben dezelfde vrijstelling.

De vergoedingen zullen slechts worden betaald eens alle vergoedbare kosten het niveau van de vrijstelling overstijgen.

Indien een hospitalisatie (→41) niet eindigt in hetzelfde verzekeringsjaar als het begon, zal slechts éénmaal de vrijstelling worden gehanteerd voor deze hospitalisatie.

In geval van schorsing, beëindigen of veranderen van waarborgen zal geen reductie van de vrijstelling worden gedaan.

18.3. Wachttijden (→13)

De wachttijden hieronder zullen worden toegepast:

- Het recht op vergoeding voor uitgaven die verband houden met zwangerschap en bevalling en alle gevolgen daarvan, zal slechts gelden voor behandelingen gedaan na de wachttijd van twaalf (12) maanden. Voor de Light-versie is deze wachttijd verlengd tot vierentwintig (24) maanden, en voor de Gold versie is ze verminderd tot tien (10) maanden.
- Het recht op vergoeding voor uitgaven die verband houden met Speciale Tandzorgen (→45) zal slechts gelden voor behandelingen gedaan na de wachttijd van vierentwintig (24) maanden na de aanvangsdatum. Voor de Gold-versie is deze wachttijd verminderd tot twaalf (12) maanden.

De wachttijden zijn niet van toepassing wanneer de nieuwe polis/module/optie in de plaats komt van een bestaand contract, met dezelfde in voege zijnde waarborgen, binnen de dertig (30) dagen na de einddatum van dit vorige contract, en onder de voorwaarde dat de wachttijden onder het vorige contract volledig zijn verlopen.

Artikel 19. Uitsluitingen

Aanvullend aan de in de Algemene Voorwaarden vermelde uitsluitingen art. 6, zal er geen vergoeding zijn voor kosten:

1. gemaakt voor elke ziekte of letsel, gekend door de verzekeringsnemer (→5) en/of de verzekerde persoon (→6) voor de aanvangsdatum van de polis, tenzij de maatschappij deze ziekte of letsel heeft aanvaard;
2. die hadden kunnen worden vergoed door een Sociale Zekerheidsinstelling. Deze uitsluiting zal eens te meer van kracht blijven in het Top-Up Plan wanneer het ziekenfonds (→33) een vergoeding weigert omwille van het niet naleven van een voorgeschreven procedure of plicht (zie art. 13.2);
3. betreffende celtherapie;
4. betreffende het loutere verstrekken van medische attesten;
5. betreffende esthetische operaties en behandelingen, behalve in het geval van verminking als gevolg van een ongeval (→16), ziekte of een ernstige aangeboren afwijking en mits voorafgaande goedkeuring door de Maatschappij;
6. betreffende alternatieve geneeskunde, andere dan vermeld in de Verklarende Woordenlijst art. 44 en in artikel 16.2;
7. voor de behandeling van seksuele stoornissen;
8. betreffende fertiliteitstesten en fertiliteitbevorderende behandeling;
9. betreffende sterilisatie en abortus, tenzij medisch noodzakelijk (→21), en verklaard door de behandelend specialist;
10. voor het ongedaan maken van vrijwillig ondergane sterilisaties;
11. betreffende contraceptie, tenzij medisch noodzakelijk (→21), en verklaard door de behandelend arts;
12. betreffende venerische ziekten, hoe dan ook ontstaan;
13. betreffende diensten of behandelingen in eender welk rusthuis, kuuroord of dito hotel, natuurgeneeskundige kliniek, of elk ander instituut dat geen hospitaal is (→34), of elke andere vorm van behandeling dat niet medisch van aard is, inclusief verzorgingsinstellingen;
14. betreffende de behandeling van ziekten of letsels gedurende militaire dienst;
15. betreffende contaminaties of epidemieën welke onder de bevoegdheid van de overheid vallen;
16. die u persoonlijk dient te dragen bij een medisch onderzoek van de bevolking, opgelegd door de overheid;
17. voor behandelingen uitgevoerd door de verzekerde persoon zelf, zijn/haar echtgeno(o)t(e)/partner, ouders of kinderen, of een vennootschap dat eigendom is van één van hiervoor gemelde personen. De bewezen kosten van materiaal en medicijnen zullen echter wel worden vergoed in overeenstemming met dit plan.

Artikel 20. Behandelingsmethodes

Artsen (→36), specialisten (→37), tandartsen (→38), enz. die de behandeling uitvoeren dienen hiervoor over de nodige autorisatie te beschikken in het land waar zij de behandeling uitvoeren. Verder dienen de methodes goedgekeurd zijn door de locale gezondheidsautoriteit waar de behandeling wordt toegepast. Behandelingsmethodes die (nog) niet zijn goedgekeurd door de plaatselijke gezondheidsautoriteit, maar zich nog in een onderzoeksfase bevinden, kunnen worden gedekt mits voorafgaande toestemming van de raadsdokter van de Maatschappij.

Artikel 21. Plichten van de verzekerde persoon

De verzekerde persoon (→6) is verplicht om:

1. de maatschappij, binnen de 30 dagen of zo snel mogelijk, en indien mogelijk vooraf, in kennis te stellen van elke opname in een hospitaal (→34) van één van de verzekerde personen;
2. mee te werken aan een zo snel mogelijke genezing, aan elk medisch onderzoek of observatie gewenst door de Maatschappij;
3. mee te werken met de medische adviseur, aangewezen door de Maatschappij, om de nodige informatie te bekomen;
4. alle facturen, rekeningen en ontvangstbewijzen zo snel mogelijk over te maken aan de maatschappij;
5. te zorgen dat alle facturen en rekeningen voldoende gedetailleerd zijn, zodat ze zonder verder navraag eenvoudig kunnen begrepen worden door de dossierbeheerder van de Maatschappij;
6. te zorgen dat doktersrekeningen, die eventueel met de computer werden gemaakt, ondertekend zijn door de behandelende arts;
7. ervoor te zorgen dat facturen voor dringende tandzorg vergezeld zijn van een diagnose van de behandelende tandarts (→38);
8. alles te doen wat in zijn/haar macht ligt om de schade en de gevolgen van een incident tot een minimum te herleiden;
9. alle nodige gegevens over te maken aan de Maatschappij, of aan diens aangewezen medische adviseurs, en geen feiten of gegevens achter te houden die relevant kunnen zijn voor de Maatschappij.

Indien bovenstaande plichten niet werden vervuld kan de Maatschappij de tussenkomst reduceren ten belope van het geleden nadeel.

De verzekerde wordt verzocht, in geval van een Top-Up Plan, de reglementen van het ziekenfonds (→33) aangaande vrije keuze van dokter/hospitaal, doorverwijzingen en goedkeuringen strikt te volgen. Geen enkele bijkomende vergoeding zal verschuldigd zijn voor kosten die gedekt zouden kunnen geweest zijn door de Sociale Zekerheid, als de verzekerde de regels van het ziekenfonds had gerespecteerd.

Algemene Voorwaarden eigen aan Module 2. Bijstand

Artikel 22. Verzekeraarbaarheid

Zijn verzekeraar, alle personen die de module Medische zorgen hebben onderschreven.

Het recht op bijstand of vergoeding omvat enkel de prestaties die de Maatschappij zelf heeft geleverd of georganiseerd, of er haar toestemming heeft voor gegeven.

Artikel 23. Basiswaarborg

De basiswaarborg Bijstand is automatisch inbegrepen bij de module Medische Zorgen. Afhankelijk van de hoedanigheid van verzekerde (→6) heeft hij/zij recht op de waarborg:

- Bijstand voor residenten (→59)
- Bijstand voor geëxpatrieerden (→63)
- Bijstand voor internationale pendelaars (→62)
- Bijstand voor internationale studenten (→60)/ au-pairs (→61)/ stageairs (→60)
- Reisbijstand voor alle verzekerden

De andere bijstandwaarborgen kunnen als optie worden toegevoegd:

- Reisbijstand – Bagage
- Reisbijstand – Reisannulatie / onderbreking

Artikel 24. Bijstand voor Residenten (→59)

24.1. Info medische diensten allerhande

Op verzoek van de verzekerde (→6), en voor zover ter beschikking, kan de maatschappij gegevens van verschillende medische centra, ambulancediensten, artsen, tandartsen, verplegers en apotheken (van wacht), meedelen, evenals optiekers, en bedrijven die medisch materiaal verhuren, en die het dichtst bij de woonplaats gelegen zijn.

De tussenkomst heeft enkel als doel de verzekerde nuttige informatie te verstrekken. De maatschappij kan geenszins aansprakelijk worden gesteld voor de prijs en/of kwaliteit van de verstrekte diensten.

24.2. Tweede advies van een raadsgeneesheer van de Maatschappij

In geval verzekerde (→6) een medisch advies heeft gekregen waarover hij/zij graag een tweede advies had gekregen, kan verzekerde telefonisch beroep doen op de geneesheer van de Maatschappij.

Let wel: Online kan onmogelijk een sluitende diagnose gesteld worden. De tussenkomst heeft enkel als doel de verzekerde nuttige informatie te verstrekken. De maatschappij, noch de geneesheer, kan geenszins aansprakelijk worden gesteld voor de kwaliteit van de verstrekte informatie.

24.3. Administratieve bijstand ingeval van ziekte of ongeval (→16)

Indien de verzekerde (→6) gehospitaliseerd dient te worden, stelt de Maatschappij hem een administratieve hulp ter beschikking die belast is met het vervullen van de nodige formaliteiten voor het verblijf in het ziekenhuis (→34).

Bij overlijden van een verzekerde persoon komt de Maatschappij tussen in de volgende stappen:

- contact opnemen met begrafenisondernemingen;
- hulp bij het opstellen van de rouwbrieven;
- informatie over de eerste administratieve stappen.

24.4. Boeken ziekenhuiskamer (→34)

Indien de verzekerde (→6) ten gevolge van een medisch incident gehospitaliseerd moet worden, organiseert de Maatschappij de boeking van een ziekenhuiskamer.

24.5. Ter plaatse sturen van geneesheer of medisch team

Ten gevolge van een ziekte of ongeval (→16) en indien het medisch team van de Maatschappij het noodzakelijk acht, stuurt de bijstandcentrale een geneesheer of een medisch team ter plaatse teneinde de te treffen maatregelen beter te kunnen inschatten en deze te organiseren.

Het medisch team van de Maatschappij stelt zich vanaf de eerste oproep in verbinding met de behandelende geneesheer ter plaatse teneinde bijstand te verlenen op de manier die het meest aangepast is aan de toestand van de verzekerde.

In alle gevallen gebeurt de organisatie van de eerste hulp door de plaatselijke autoriteiten.

24.6. Vervoer van verzekerde van en naar het ziekenhuis

Indien de verzekerde (→6) ten gevolge van een medisch incident na tussenkomst van de eerste hulp en/of van de behandelende geneesheer gehospitaliseerd moet worden, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich (via de waarborg geneeskundige zorgen) van het vervoer van de verzekerde per ziekenwagen naar het dichtstbijzijnde of meest geëigende ziekenhuis (→34), indien nodig onder medisch toezicht, evenals de terugkeer naar zijn wettelijke woonplaats indien de verzekerde zich niet in normale omstandigheden kan verplaatsen.

24.7. Doorgeven van dringende boodschappen

Op aanvraag van de verzekerde (→6) geeft de Maatschappij gratis aan om het even welke persoon dringende boodschappen door die betrekking hebben op de verzekerde waarborgen en prestaties.

Alle door te geven boodschappen zijn onderworpen aan een rechtvaardiging van de aanvraag en moeten de te brengen boodschap duidelijk en expliciet vermelden, evenals een nauwkeurige aanduiding van de naam, het adres en het telefoonnummer van de persoon waarmee contact opgenomen moet worden.

Ieder document waaruit een strafrechtelijke, financiële, burgerlijke of commerciële aansprakelijkheid voortvloeit wordt doorgegeven op volledige verantwoordelijkheid van de auteur, van wie de identiteit bekend moet zijn. De inhoud moet in overeenstemming zijn met de plaatselijke en eventueel internationale wetgeving en kan geen aansprakelijkheid inhouden voor de Maatschappij.

24.8. Vervoer van de verzekerde na hospitalisatie

Indien ten gevolge van een medisch incident dat aanleiding geeft tot een hospitalisatie (→41) de verzekerde zich niet met zijn eigen middelen kan verplaatsen, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich van zijn vervoer (→49) heen en terug naar een ziekenhuis of medisch centrum voor de medische controlebezoeken of naar zijn werk, beperkt in tijd zoals vermeld in de Waarborgenlijst.

24.9. Vervoer van het stoffelijk overschot

De Maatschappij organiseert en neemt de vervoerskosten ten laste van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden of van het mortuarium tot de plaats van begravenis of crematie in het Land van Oorsprong (→30).

Artikel 25. Bijstand voor geëxpatrieerden (→63)

Bovenop de waarborgen uit "Bijstand voor Residenten" gelden voor geëxpatrieerden ook volgende waarborgen:

25.1. Direct medische advies van de raadsgeneesheer van de Maatschappij.

Indien een medisch advies dringend is gewenst en geen arts onmiddellijk beschikbaar is, kan verzekerde (→6) telefonisch beroep doen op de geneesheer van de Maatschappij.

Let wel: Online kan onmogelijk een sluitende diagnose gesteld worden. De tussenkomst heeft enkel als doel de verzekerde nuttige informatie te verstrekken. Noch de maatschappij, noch de geneesheer, kan geenszins aansprakelijk worden gesteld voor de kwaliteit van de geleverde informatie.

25.2. Opsporingskosten in geval van onrustwekkende verdwijning van meer dan 24 uur

De Maatschappij vergoedt tot een bedrag, vermeld in de Waarborgenlijst, de kosten voor opsporing gemaakt om het leven of de fysische integriteit van een verzekerde (→6) veilig te stellen, op voorwaarde dat de opsporingsactie het gevolg is van de bevoegde plaatselijke autoriteiten of van officiële hulporganisaties.

25.3. Repatriëring of vervoer ten gevolge van een medisch incident

Indien de verzekerde (→6) ten gevolge van een medisch incident gehospitaliseerd wordt en het medisch team van de Maatschappij het noodzakelijk acht om hem over te brengen naar een medisch centrum dat beter uitgerust, meer gespecialiseerd, of dichter bij de woonplaats of het Land van Oorsprong (→30) gelegen is, organiseert en neemt de maatschappij de kosten op zich van de repatriëring (→50) of het vervoer (→49) van de verzekerde, en dit indien nodig onder medisch toezicht.

De beslissing over het vervoer, en de wijze waarop, wordt genomen door een geneesheer van de Maatschappij en dit enkel in functie van de technische en medische belangen. De geneesheer van de Maatschappij moet verplicht zijn toestemming gegeven hebben voor ieder vervoer.

De maatschappij neemt eveneens de organisatie en kosten ten laste van het vervoer van een (1) verzekerde teneinde de gerepatrieerde verzekerde te begeleiden tot aan de plaats van hospitalisatie (→41) of zijn gebruikelijke woonplaats.

25.4. Overlijden van een verzekerde (→6)

25.4.1. In geval van begravenis of crematie in het Land van Oorsprong (→30)

Indien de familie beslist dat de begravenis of crematie plaatsvindt in het Land van Oorsprong, organiseert de Maatschappij de repatriëring van het stoffelijk overschot en neemt ten laste:

- de kosten van de post-mortembehandeling;
- de kosten van een kist, zoals vermeld in de Waarborgenlijst;
- de kosten voor vervoer van het stoffelijk overschot vanaf de plaats van overlijden tot aan de plaats van begravenis of crematie.

De kosten met betrekking tot de begravenisplechtigheid en de teraardebestelling of crematie worden niet door de Maatschappij ten laste genomen.

Indien de verzekerde alleen in het buitenland verblijft, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten ten laste van de heen- en terugreis van een familielid (→8) of naaste (→9) teneinde het stoffelijk overschot te begeleiden.

De hotelkosten ter plaatse van deze persoon worden door de Maatschappij ten laste genomen, zoals vermeld in de Waarborgenlijst onder reis- en verblijfskosten.

25.4.2. In geval van begravenis of crematie buiten het Land van Oorsprong (→30)

Indien de familie kiest voor een begravenis of crematie in een ander land dan het Land van Oorsprong, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich van dezelfde prestaties als deze die hierboven vermeld zijn onder punt 25.4.1.

Bovendien organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich van de heen- en terugreis van 2 naaste familieleden (→9) om zich naar de plaats van begravenis of crematie te begeven. De verblijfskosten (→52) ter plaatse van deze personen worden door de Maatschappij ten laste genomen zoals vermeld in de Waarborgenlijst onder reis- en verblijfskosten.

In geval van crematie buiten het Land van Oorsprong met ceremonie in het Land van Oorsprong, neemt de Maatschappij de kosten ten laste van de repatriëring van de urne naar het Land van Oorsprong.

De tussenkomst van de Maatschappij is in ieder geval beperkt tot de kosten die zouden voortvloeien uit de repatriëring van het stoffelijk overschot naar het Land van Oorsprong. De keuze van ondernemingen die tussenkomen in het repatriëringproces behoort toe tot de uitsluitende bevoegdheid van de Maatschappij.

25.5. Repatriëring van verzekerde gezinsleden (→8)

In geval van repatriëring van een verzekerde tengevolge van hospitalisatie (→41) of overlijden, organiseert en neemt de Maatschappij, indien nodig, de kosten op zich van de terugkeer van de andere verzekerden (→6) naar hun Land van Oorsprong (→30).

25.6. Repatriëring van achtergelaten voertuig

In geval van hospitalisatie (→41), overlijden of repatriëring van een verzekerde (→6) ten gevolge van een verkeersongeval, en indien geen enkele andere verzekerde het voertuig (→51) kan besturen, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich voor de terugkeer van het voertuig naar de residentie, naar de onderneming waar verzekerde werkt of naar een aangeduide garage. De keuze van het vervoer-middel van het voertuig behoort toe aan de Maatschappij. De eventuele kosten voor tolrechten, stalling

en brandstof blijven ten laste van de verzekerde. De waarborg is enkel geldig in Zone 10 (→26).

25.7. Reis- en verblijfkosten (→52)

De Maatschappij organiseert en neemt de reis- en verblijfkosten ten laste zoals vermeld in de Waarborgenlijst, voor:

- De dringende terugkeer van verzekerde (→6) naar het Land van Oorsprong (→30) omdat een naaste familielid (→9) is overleden of werd gehospitaliseerd (→41) in een levensbedreigende of zeer kritieke toestand;
- De noodzakelijke aanwezigheid van maximum één (1) naaste familielid, in geval een verzekerde persoon werd gehospitaliseerd in een levensbedreigende of zeer kritieke toestand. Deze kosten worden slechts vergoed indien de verzekerde persoon nog niet is overleden voor het tijdstip van vertrek;
- De noodzakelijke aanwezigheid van één (1) begeleidende persoon in geval van dringende evacuatie van een verzekerde persoon;
- De noodzakelijke aanwezigheid van één (1) verzekerde persoon in verband met belangrijke schade aan een vastgoed in eigendom in het Land van Oorsprong.

De waarborg is enkel van toepassing bij voorlegging van een overlijdensakte, hospitalisatiebewijs of bewijs van schade.

25.8. Sturen van een vervanger

In geval van overlijden, repatriëring of hospitalisatie (→41) voor meer dan 10 dagen van een verzekerde persoon (→6) en indien de aanwezigheid van een vervanger noodzakelijk is, zal de Maatschappij een heen- en terug ticket ter beschikking stellen aan de vervanger, evenals betalen voor de verblijfkosten (→52) zoals vermeld in Waarborgenlijst. Deze waarborg is enkel geldig voor collectieve onderschrijvingen van ondernemingen.

Artikel 26. – Bijstand voor internationale pendelaars (→62)

Bovenop waarborgen uit "Bijstand voor Residenten" gelden voor Internationale pendelaars ook volgende waarborgen:

26.1. Repatriëring van verzekerde (of stoffelijk overschot) naar Land van Residentie (→29)

Indien de verzekerde (→6) ten gevolge van een medisch incident gehospitaliseerd wordt (of overlijdt) en de Maatschappij het noodzakelijk acht om hem over te brengen naar een medisch centrum (of mortuarium) in het Land van Residentie, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich van de repatriëring (→50) of het vervoer (→49) van de verzekerde, en dit indien nodig onder medisch toezicht.

Indien de toestand van de verzekerde geen hospitalisatie (→41) vereist, wordt hij vervoerd tot aan zijn gebruikelijke woonplaats.

De beslissing over het vervoer, en de wijze waarop, wordt genomen door een geneesheer van de Maatschappij en dit enkel in functie van de technische en medische belangen. De geneesheer van de Maatschappij moet verplicht zijn toestemming gegeven hebben voor ieder vervoer.

De Maatschappij neemt de organisatie en kosten ten laste van het vervoer van een (1) verzekerde teneinde de gerepatriëerde verzekerde te begeleiden tot aan de plaats van hospitalisatie of zijn gebruikelijke woonplaats.

26.2. Repatriëring van het achtergelaten voertuig

In geval van hospitalisatie(→41), overlijden of repatriëring van een verzekerde (→6) ten gevolge van een verkeersongeval, en indien geen enkele andere verzekerde het voertuig (→51) kan besturen, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich voor de terugkeer van het voertuig naar de residentie, naar de onderneming waar verzekerde werkt of naar een aangeduide garage. De keuze van het vervoermiddel van het voertuig behoort toe aan de Maatschappij. De eventuele kosten voor tolrechten, stalling en brandstof blijven ten laste van de verzekerde. Deze waarborg is enkel geldig in Zone 10 (→26).

26.3. Reis- en verblijfkosten (→52)

De maatschappij organiseert en neemt de reis- en verblijfkosten ten laste zoals vermeld in de Waarborgenlijst, voor:

- De noodzakelijke aanwezigheid van één (1) naaste familielid (→9), in geval een verzekerde persoon (→6) werd gehospitaliseerd in een levensbedreigende of zeer kritieke toestand. Deze kosten worden slechts vergoed indien de verzekerde persoon nog niet is overleden voor het tijdstip van vertrek;
- De noodzakelijke aanwezigheid van één (1) begeleidende persoon in geval van dringende evacuatie van een verzekerde persoon.

De waarborg is enkel van toepassing bij voorlegging van een hospitalisatiebewijs.

26.4. Voorschieten van fondsen

Indien er zich in het werkland een gedekte gebeurtenis voordoet die het voorwerp vormt van een vraag tot tussenkomst van de Maatschappij en, in voorkomend geval, na aangifte bij de plaatselijke autoriteiten, stelt de Maatschappij op verzoek van de verzekerde (→6) alles in het werk om hem de tegenwaarde van het bedrag vermeld in de Waarborgenlijst te bezorgen. Deze som zal voorafgaand moeten worden overgemaakt aan de Maatschappij in cash, per overschrijving of door middel van een door de bank gecertificeerde cheque.

26.5. Voorschieten van strafrechterlijke Borgsom

Indien de verzekerde (→6) gerechtelijk vervolgd wordt in het werkland, schiet de Maatschappij hem de door de autoriteiten geëiste strafrechtelijke borgtocht voor tot een bedrag zoals vermeld in de Waarborgenlijst. Deze som zal voorafgaand moeten worden overgemaakt aan de Maatschappij in cash, per overschrijving of door middel van een door de bank gecertificeerde cheque.

26.6. Voorschieten van kosten advocaat

Indien de verzekerde (→6) gerechtelijk wordt vervolgd in het werkland in het kader van een verkeersongeval, organiseert de Maatschappij de aanstelling van een advocaat en schiet het bedrag van de erelonen voor met een maximum zoals vermeld in de Waarborgenlijst.

Deze som zal voorafgaand moeten worden overgemaakt aan de Maatschappij in cash, per overschrijving of door middel van een door de bank gecertificeerde cheque.

Artikel 27. – Bijstand voor internationale studenten (→60) /au-pairs (→61) /stageairs (→60)

Bovenop de waarborgen uit “Bijstand voor Residenten” gelden voor Internationale studenten/au-pairs/stageairs ook volgende waarborgen:

27.1. Opsporingskosten in geval van onrustwekkende verdwijning van meer dan 24 uur

De Maatschappij vergoedt tot een bedrag, vermeld in de Waarborgenlijst, de kosten voor opsporing gemaakt om het leven of de fysieke integriteit van een verzekerde (→6) veilig te stellen, op voorwaarde dat de opsporingsactie het gevolg is van de bevoegde plaatselijke autoriteiten of van officiële hulporganisaties.

27.2. Repatriëring van verzekerde naar Land van Residentie (→29).

Indien de verzekerde (→6) ten gevolge van een medisch incident gehospitaliseerd wordt (of overlijdt) en de Maatschappij het noodzakelijk acht om hem over te brengen naar een medisch centrum (of mortuarium) in het Land van Residentie, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich van de repatriëring (→50) of het vervoer (→49) van de verzekerde, en dit indien nodig onder medisch toezicht.

Indien de toestand van de verzekerde geen hospitalisatie vereist, wordt hij vervoerd tot aan zijn gebruikelijke woonplaats.

De beslissing over het vervoer, en de wijze waarop, wordt genomen door een geneesheer van de Maatschappij en dit enkel in functie van de technische en medische belangen. De geneesheer van de Maatschappij moet verplicht zijn toestemming gegeven hebben voor ieder vervoer.

De Maatschappij neemt de organisatie en kosten ten laste van het vervoer van een (1) verzekerde teneinde de gerepatrieerde verzekerde te begeleiden tot aan de plaats van hospitalisatie of zijn gebruikelijke woonplaats.

27.3. Vergoeding van de inschrijvingskosten in het geval van studieonderbreking door Verzekerde

De Maatschappij vergoedt, pro-rata temporis, het verlies aan inschrijvingskosten van verzekerde (→6), tot maximaal de verzekerde bedragen vermeld in de Waarborgenlijst, bij onvrijwillige onderbreking van de studies ten gevolge van een zwaar ongeval (→16) of ernstige ziekte van verzekerde zelf of van een gezinslid (→8). Onder inschrijvingskosten wordt verstaan: de kosten betaald aan de school om deel te kunnen nemen aan het studieprogramma van Hogeschool of Universiteit.

27.4. Vergoeding van de huurannulatiekosten in het geval van studieonderbreking door verzekerde

De Maatschappij betaalt, pro-rata temporis, voor de bewezen opzegvergoedingen van het studentenverblijf indien verzekerde (→6) zijn studies onvrijwillig onderbreekt wegens een zwaar ongeval (→16) of ernstige ziekte van de verzekerde zelf of van een gezinslid (→8).

27.5. Repatriëring van het achtergelaten voertuig

In geval van hospitalisatie(→41), overlijden of repatriëring van een verzekerde (→6) ten gevolge van een verkeersongeval, en indien geen enkele andere verzekerde het voertuig (→51) kan besturen, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich voor de terugkeer van het voertuig naar de residentie of naar een aangeduide garage. De keuze van het vervoermiddel van het voertuig behoort toe

aan de Maatschappij. De eventuele kosten voor tolrechten, stalling en brandstof blijven ten laste van de verzekerde. Deze waarborg is enkel geldig in Zone 10 (→26).

27.6. Reis- en verblijfkosten (→52)

De Maatschappij organiseert en neemt de reis- en verblijfkosten ten laste zoals vermeld in de Waarborgenlijst, voor:

- De dringende terugkeer naar het Land van Oorsprong/Residentie (→29,30) omdat een naaste familielid (→9) is overleden of werd gehospitaliseerd in een levensbedreigende of zeer kritieke toestand.
- De noodzakelijke aanwezigheid van één (1) naaste familielid (→9), in geval de verzekerde persoon werd gehospitaliseerd in een levensbedreigende of zeer kritieke toestand. Deze kosten worden slechts vergoed indien de verzekerde persoon nog niet is overleden voor het tijdstip van vertrek.
- De noodzakelijke aanwezigheid van één (1) begeleidende persoon in geval van dringende evacuatie van een verzekerde persoon.

De waarborg is enkel van toepassing bij voorlegging van een overlijdensakte of hospitalisatiebewijs.

27.7. Verblijfkosten (→52) in de tussenperiode van overplaatsing naar een ander Gastgezin

Indien overplaatsing van de verzekerde naar een ander Gastgezin in hetzelfde land noodzakelijk is, vanwege onenigheden tussen de verzekerde (→6) en het Gastgezin die volledig onverzoenbaar zijn, betaalt de Maatschappij aan verzekerde een vergoeding voor verblijfkosten per dag en beperkt tot één schadegeval per jaar en tot de limieten omschreven in de Waarborgenlijst.

27.8. Voorschieten van fondsen

Indien er zich in het studie- of werkland een gedekte gebeurtenis voordoet die het voorwerp vormt van een vraag tot tussenkomst van de Maatschappij en, in voorkomend geval, na aangifte bij de plaatselijke autoriteiten, stelt de Maatschappij op verzoek van de verzekerde (→6) alles in het werk om hem de tegenwaarde van het bedrag vermeld in de Waarborgenlijst te bezorgen. Deze som zal voorafgaand moeten worden overgemaakt aan de Maatschappij in cash, per overschrijving of door middel van een door de bank gecertificeerde cheque.

27.9. Voorschieten van strafrechtelijke Borgsom

Indien de verzekerde (→6) gerechtelijk vervolgd wordt in het studie- of werkland, schiet de Maatschappij hem de door de autoriteiten geëiste strafrechtelijke borgtocht voor tot een bedrag zoals vermeld in de Waarborgenlijst.

Deze som zal voorafgaand moeten worden overgemaakt aan de Maatschappij in cash, per overschrijving of door middel van een door de bank gecertificeerde cheque.

27.10. Voorschieten van kosten advocaat

Indien de verzekerde (→6) gerechtelijk wordt vervolgd in het studie- of werkland in het kader van een verkeersongeval, organiseert de Maatschappij de aanstelling van een advocaat en schiet het bedrag van de erelonen voor met een maximum zoals vermeld in de Waarborgenlijst.

Deze som zal voorafgaand moeten worden overgemaakt aan de Maatschappij in cash, per overschrijving of door middel van een door de bank gecertificeerde cheque.

Artikel 28. Reisbijstand

Bovenop de voorgaande waarborgen kunnen alle verzekerden genieten ook van volgende waarborgen:

Deze waarborg is beperkt in het aantal opeenvolgende reisdagen, zoals vermeld in de Waarborgenlijst.

Deze waarborg geldt wereldwijd.

28.1. Voorafgaande reisinformatie

De Maatschappij verstrekt op verzoek van de verzekerde (→6) telefonische inlichtingen betreffende een vertrek naar het buitenland, zoals:

- Koersen en deviezen;
- Formaliteiten betreffende visum, paspoort en andere identiteitspapieren;
- douaneformaliteiten;
- inentingen;
- uurverschil;
- hygiënische voorzorgsmaatregelen;
- feestdagen;
- klimaat en advies op het gebied van kleding;
- vervoermiddelen.

Ook kan de Maatschappij, voor zover ter beschikking, de verzekerde doorverwijzen naar artsen en/of hospitalen in het buitenland (→32).

28.2. Opsporings- en reddingskosten

De Maatschappij vergoedt tot een bedrag per ongeval, zoals vermeld in de Waarborgenlijst, de kosten voor opsporing en redding gemaakt om het leven of de fysieke integriteit van een verzekerde (→6) veilig te stellen, op voorwaarde dat de reddingsactie het gevolg is van de bevoegde plaatselijke autoriteiten of van officiële hulporganisaties.

In geval van een skiongeluk (→16) met lichamelijke schade op een skipiste betaalt de Maatschappij de uit het ongeval voortvloeiende kosten terug om de verzekerde per helikopter of helikopter naar beneden te brengen, na voorleggen van een origineel bewijsstuk. Het ongeval moet verplicht aan de Maatschappij gemeld worden, en dit ten laatste binnen de 72 uur nadat het zich heeft voorgedaan.

Deze waarborg is uitgesloten indien het ongeval zich voordoet als gevolg van skiën buiten de afgebakende pistes zonder een door de autoriteiten van het land erkende gids.

28.3. Repatriëring of vervoer ten gevolge van een medisch incident

Indien de verzekerde (→6) ten gevolge van een medisch incident gehospitaliseerd wordt en het medisch team van de Maatschappij het noodzakelijk acht om hem over te brengen naar een medisch centrum dat beter uitgerust, meer gespecialiseerd, of dichterbij de woonplaats gelegen is, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich van de repatriëring (→50) of het vervoer (→49) van de verzekerde, en dit indien nodig onder medisch toezicht

Indien de toestand van de verzekerde geen hospitalisatie (→41) vereist, wordt hij vervoerd tot aan zijn woonplaats.

De beslissing over het vervoer, en de wijze waarop, wordt genomen door een geneesheer van de Maatschappij en dit enkel in functie van de technische en medische belangen. De geneesheer van de Maatschappij moet verplicht zijn toestemming gegeven hebben voor ieder vervoer.

De Maatschappij neemt de organisatie en kosten ten laste van het vervoer van de verzekerde teneinde de

gerepatrieerde te begeleiden tot aan de plaats van hospitalisatie of zijn woonplaats.

28.4. Repatriëring van het stoffelijk overschot

In geval van overlijden van een verzekerde persoon (→6) tengevolge van ongeval (→16) of ziekte in het buitenland (→32) zal de Maatschappij de nodige formaliteiten regelen en het transport van het stoffelijk overschot naar het Land van Oorsprong (→30) organiseren en betalen, volgens de limieten in de Waarborgenlijst.

28.5. Repatriëring van andere verzekerden (→6)

In geval van repatriëring van een verzekerde, organiseert en neemt de Maatschappij, indien nodig, de kosten op zich van de terugkeer van de andere verzekerden naar hun woonplaats of de voortzetting van hun reis. De waarborg "voortzetting van de reis" is beperkt tot de kosten van de repatriëring (→50) van de verzekerden tot hun wettelijke woonplaats. De waarborg is van toepassing voor zover de andere verzekerden niet hetzelfde vervoermiddel kunnen gebruiken als voor de heenreis of als datgene dat oorspronkelijk voor de terugreis was voorzien.

28.6. Repatriëring van de bagage (→53)

In geval van repatriëring van een verzekerde (→6), neemt de Maatschappij de organisatie en de kosten ten laste van het vervoer van de bagage tot aan de woonplaats van de verzekerde.

28.7. Repatriëring van het achtergelaten voertuig

In geval van immobilisatie, hospitalisatie(→41), overlijden of repatriëring van een verzekerde (→6) ten gevolge van een verkeersongeval, en indien geen enkele andere verzekerde het voertuig (→51) kan besturen, organiseert en neemt de Maatschappij de kosten op zich van de terugkeer van het voertuig of van het sturen van een vervangchauffeur. De keuze voor de terugkeer van het voertuig, en de wijze waarop, behoort toe aan de Maatschappij. De eventuele brandstofkosten, stallingkosten en tolrechten blijven ten laste van de verzekerden. Deze waarborg geldt enkel in Zone 10 (→26).

28.8. Verzenden van onmisbare geneesmiddelen/medische hulpmiddelen

De Maatschappij stelt alles in het werk om de organisatie en de kosten ten laste te nemen van het zoeken en ter beschikking stellen van onmisbare geneesmiddelen, of medische hulpmiddelen, voorgeschreven door een bevoegde medische autoriteit, en die ter plaatse onvindbaar zijn, maar wel beschikbaar zijn in het Land van Residentie (→29). De medische dienst van de Maatschappij moet toestemming verlenen voor de levering. De verzending is afhankelijk van de beschikbaarheid van vervoermiddelen en moet in overeenstemming zijn met de plaatselijke en internationale wetgeving. De verzekerde (→6) verbindt zich ertoe de Maatschappij de prijs terug te betalen van de geneesmiddelen en/of de medische hulpmiddelen die hem ter beschikking werden gesteld (tenzij gedekt in een andere waarborg van dit contract), vermeerderd met de eventuele kosten voor inkleding, en dit binnen een termijn van twee maanden vanaf de datum van verzending.

28.9. Doorgeven van dringende boodschappen

Op aanvraag van de verzekerde (→6) geeft de Maatschappij gratis aan om het even welke persoon dringende boodschappen door die betrekking hebben op de verzekerde waarborgen en prestaties. Alle door te geven boodschappen zijn onderworpen aan een rechtvaardiging van de aanvraag en moeten de te brengen

boodschap duidelijk en expliciet vermelden evenals de nauwkeurige aanduiding van de naam, het adres en het telefoonnummer van de persoon waarmee contact opgenomen moet worden.

Ieder document waaruit een strafrechterlijke, financiële, burgerlijke of commerciële aansprakelijkheid uit voortvloeit, wordt doorgegeven op de volledige verantwoordelijkheid van de auteur van wie de identiteit bekend moet zijn. De inhoud moet in overeenstemming zijn met de plaatselijke en internationale wetgeving en kan geen aansprakelijkheid inhouden voor de Maatschappij.

28.10. Bijstand in geval van breuk, verlies of diefstal van een prothese

Indien de verzekerde (→6) geen gebruik kan maken van zijn prothese ten gevolge van breuk, verlies of diefstal van prothesen (bril, contactlenzen,...), dan stelt de Maatschappij alles in het werk en neemt zij de kosten ten laste van het verzenden van deze laatste langs de snelste weg, onder voorbehoud van de plaatselijke en internationale wetgeving en de beschikbaarheid van vervoermiddelen. De verzekerde verbindt zich ertoe de Maatschappij de prijs terug te betalen van de prothesen die hem ter beschikking werden gesteld (tenzij gedekt in een andere waarborg van dit contract), vermeerderd met de eventuele kosten voor inkleding, en dit binnen een termijn van twee maanden vanaf de datum van verzending.

28.11. Bijstand in geval van verlies of diefstal van de reisdocumenten (→55), cheques, bankkaarten of kredietkaarten.

In geval van verlies of diefstal van de reisdocumenten en na aangifte daarvan door de verzekerde (→6) aan de plaatselijke autoriteiten, stelt de Maatschappij de nodige tickets ter beschikking van de verzekerde voor de voortzetting van de reis of de terugkeer naar zijn woonplaats, waarbij de verzekerde belast is met de terugbetaling van de prijs van de tickets (tenzij verzekerd in een andere waarborg onder deze polis, bv. bagage) aan de Maatschappij binnen de twee maanden nadat deze hem ter beschikking werden gesteld.

In geval van verlies of diefstal van de identiteitsbewijzen en na aangifte daarvan door de verzekerde aan de plaatselijke autoriteiten, stelt de Maatschappij de verzekerde in verbinding met de plaatselijke ambassade of consulaat voor het ter beschikking stellen van voorlopige identiteitsbewijzen, en betaalt zij de reiskosten van en naar de ambassade/consulaat, beperkt zoals vermeld in de Waarborgenlijst.

In geval van verlies of diefstal van cheques, bankkaarten of kredietkaarten en na aangifte daarvan bij de plaatselijke autoriteiten, treedt de Maatschappij op bij de financiële instellingen opdat deze de noodzakelijke veiligheidsmaatregelen zouden treffen.

Op straffe van verval van de waarborg, moet de verzekerde verplicht aangifte doen van het verlies of de diefstal bij de plaatselijke autoriteiten.

In geen geval kan de Maatschappij aansprakelijk worden gesteld voor een foutieve of verkeerde overdracht van inlichtingen die door de verzekerde worden verstrekt.

28.12. Voorschieten van fondsen

Indien er zich in het buitenland (→32) een gedekte gebeurtenis voordoet die het voorwerp vormt van een vraag tot tussenkomst van de Maatschappij en, in voorkomend geval, na aangifte bij de plaatselijke autoriteiten, stelt de Maatschappij op verzoek van de verzekerde (→6) alles in het

werk om hem de tegenwaarde van het bedrag vermeld in de Waarborgenlijst te bezorgen. Deze som zal voorafgaand moeten worden overgemaakt aan de Maatschappij in cash, per overschrijving of door middel van een door de bank gecertificeerde cheque.

28.13. Voorschieten van strafrechterlijke Borgsom

Indien de verzekerde (→6) gerechtelijk vervolgd wordt in het buitenland (→32), schiet de Maatschappij hem de door de autoriteiten geëiste strafrechtelijke borgtocht voor tot een bedrag zoals vermeld in de Waarborgenlijst. Deze som zal voorafgaand moeten worden overgemaakt aan de Maatschappij in cash, per overschrijving of door middel van een door de bank gecertificeerde cheque.

28.14. Voorschieten van kosten advocaat

Indien de verzekerde (→6) gerechtelijk wordt vervolgd in het buitenland (→32) in het kader van een verkeersongeval, organiseert de Maatschappij de aanstelling van een advocaat en schiet het bedrag van de erelonen voor met een maximum zoals vermeld in de Waarborgenlijst. Deze som zal voorafgaand moeten worden overgemaakt aan de Maatschappij in cash, per overschrijving of door middel van een door de bank gecertificeerde cheque.

28.15. Taalkundige bijstand

Indien de verzekerde (→6) in het buitenland (→32) taalproblemen ondervindt met betrekking tot de lopende prestaties, biedt de Maatschappij hulp aan door telefonisch de nodige vertalingen uit te voeren die noodzakelijk zijn voor een goed begrip van de gang van zaken.

In de mate dat de vertalingen geen bijstands- of gezondheidsdiensten betreffen, deelt de Maatschappij de verzekerde de gegevens van een vertalertolk mee. De erelonen van deze laatste zijn ten laste van de verzekerde.

28.16. Reis- en verblijfkosten (→52)

De Maatschappij organiseert en neemt de reis- en verblijfkosten ten laste zoals vermeld in de Waarborgenlijst, voor:

- De dringende terugkeer van verzekerde (→6) omdat een naaste familielid (→9) is overleden of werd gehospitaliseerd in een levensbedreigende of zeer kritieke toestand;
- De noodzakelijke aanwezigheid van maximum één (1) naaste familielid, in geval een verzekerde persoon werd gehospitaliseerd in een levensbedreigende of zeer kritieke toestand. Deze kosten worden slechts vergoed indien de verzekerde persoon nog niet is overleden voor het tijdstip van vertrek;
- De noodzakelijke aanwezigheid van één (1) begeleiden- de persoon in geval van dringende medische evacuatie van een verzekerde persoon;
- De noodzakelijke aanwezigheid van één (1) verzekerde persoon in verband met belangrijke schade aan een vastgoed in eigendom in het Land van Oorsprong/Residentie (→29,30).

In geval van staking van het luchthaven- of spoorwegpersoneel, natuurramp, oorlog, aanslag of sabotage waardoor een verzekerde een vertraging (van meer dan 12 uur) oploopt, komt de maatschappij tussen in:

- hetzij de verblijfkosten van de verzekerde;
- hetzij het ter beschikking stellen van een vervangwagen om de verzekerde toe te staan zijn reis te vervolgen;

en dit tot een bedrag zoals vermeld in de Waarborgenlijst.

De Maatschappij neemt de kosten voor een verlenging van het verblijf van een zieke of gewonde verzekerde ten laste

indien deze, op medisch voorschrift van de bevoegde medische instantie, de terugreis op de oorspronkelijk voorziene datum niet mag ondernemen. De beslissing tot verlenging moet voorafgaand goedgekeurd worden door de geneesheer van de Maatschappij. Deze kosten zijn per medisch incident beperkt tot de limieten vermeld in de Waarborgenlijst.

Indien een zieke of gewonde verzekerde zijn verblijf moet verlengen, neemt de Maatschappij de verblijfkosten van de andere verzekerden in zijn gezelschap ten laste. Deze kosten zijn per medisch incident beperkt tot de limieten vermeld in de Waarborgenlijst. De beslissing moet voorafgaand goedgekeurd worden door de geneesheer van de Maatschappij.

De waarborg is enkel van toepassing bij voorlegging van een overlijdensakte of hospitalisatiebewijs of bewijs van schade.

28.17. Vergoeding van de skipas

Indien de toestand van de gewonde verzekerde (→6) een hospitalisatie (→41) van meer dan 24 uur vereist en/of een repatriëring georganiseerd moet worden door de Maatschappij, zal het forfaitaire bedrag van de skipas van de verzekerde pro rata temporis terugbetaald worden, beperkt tot de bedragen vermeld in de Waarborgenlijst.

28.18. Business Lifestyle (alleen voor collectieve onderschrijvingen in Gold versie)

De Maatschappij organiseert op vraag van de verzekerde de zaken in verband met de arbeidsgebonden activiteit zoals:

- Informatie en reservatie van een hotel, of restaurant voor een zakendiner in de Europese hoofdsteden;
- Informatie en reservatie van een taxi, een limousine of, in geval van nood (vertrek binnen de 24 uur in de week en binnen de 48 uur in het weekend) van een transportticket voor land- of luchtvervoer, afhankelijk van beschikbaarheid en voorwaarden van de vervoersmaatschappij. Dit ticket moet door de verzekerde (→6) afgehaald worden ten laatste 2 uur voor het vertrek aan de balie van de maatschappij;
- Gegevens van een agentschap voor de verhuur van wagens, ter beschikking stellen van een plan van het lokale openbare vervoer, informatie over de reisroute tot aan de verblijfplaats;
- Verzenden van bloemen en geschenken wereldwijd;
- Informatie betreffende datum, uur en plaats van belangrijke spektakels in de grootste wereldsteden.
- Arbeidsgebonden diensten: gegevens van seminarie of vergaderzalen, gegevens van bedrijven die audio- en/of videomateriaal verhuren, gegevens van een cateringservice;
- Organisatie en ter beschikking stellen van tolken, secretaresses;
- Verzenden van professionele documenten die door het bedrijf ter beschikking werden gesteld.

De Maatschappij kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor de kwaliteit en prijzen van de tussenkomsten die door de prestatieplichtige(n) werden uitgevoerd. Alle kosten zijn ten laste van de verzekerde, uitgezonderd de tijd van organisatie door de Maatschappij.

28.19. Uitsluitingen

Aanvullend aan de algemene uitsluitingen in de Algemene Voorwaarden art. 6, zal er geen schadevergoeding of tegemoetkoming verschuldigd zijn voor schade of kosten betreffende ziekte of gebreken die gekend waren – of rederlijkerwijze zouden moeten gekend geweest zijn - door

de verzekerde persoon (→6) voorafgaande aan de aanvangsdatum (→11) van het contract, behalve mits aanvaarding door de verzekeraar, of tenzij de behandelend arts, voorafgaand aan de reis schriftelijk heeft verklaard dat verzekerde in staat was te reizen.

Artikel 29. Optie 1: Bagage (→53)

Indien de verzekering wordt uitgebreid met Optie 1, zullen volgende voorwaarden van kracht zijn:

Optie 1 kan enkel worden afgesloten als supplement aan de basiswaarborg Bijstand. De optie Bagage is beperkt in het aantal opeenvolgende dagen, en is onderwerp van een vrijstelling (→15), zoals vermeld in de Waarborgenlijst.

Deze waarborg geldt wereldwijd.

29.1. Bijstand in geval van verlies of diefstal van de bagage

In geval van verlies of diefstal van de bagage verschaft de Maatschappij de verzekerde (→6) informatie over de te vervullen formaliteiten voor de aangifte van de diefstal of het verlies van de bagage.

In geval van verlies of diefstal van de bagage organiseert en neemt de Maatschappij, op vraag van de verzekerde, de kosten op zich voor het verzenden van een koffer met persoonlijke vervangingsstukken waarvan het gewicht beperkt is tot 20 kg. De koffer moet voorafgaand op de zetel van de Maatschappij of één van haar vertegenwoordigingen afgegeven worden, samen met een nauwkeurige inventaris van de inhoud.

Verder betaalt de Maatschappij de verzekerde de werkelijke waarde van de verloren of gestolen goederen terug met een maximum van de opgegeven bedragen in de Waarborgenlijst.

Bovendien heeft de verzekerde recht op dezelfde uitkering voor aankoop van de eerste benodigdheden als in geval van vertraging (zie. 29.2. hierna)

In geval van verlies of diefstal van ski's neemt de Maatschappij de kosten ten laste voor de huur van gelijkaardige ski's OF betaalt pro rata temporis een bedrag van de skipas terug op vertoon van het origineel, en beperkt tot de bedragen vermeld in de Waarborgenlijst.

29.2. Vertraging van de bagage

In geval van vertraging van de bagage van meer dan 12 uur (of minstens 1 nacht) neemt de maatschappij de kosten ten laste van de aankoop van de eerste benodigdheden tot een maximumbedrag vermeld in de Waarborgenlijst.

29.3. Uitsluitingen

Aanvullend aan de algemene uitsluitingen in de Algemene Voorwaarden art. 6, zal er geen tegemoetkoming zijn voor schade of kosten betreffende:

1. ieder voorwerp in beslag genomen door douane of politie;
2. het breken van porselein, aardewerk, glas of andere breekbare artikelen, andere dan fotografische lenzen;
3. het breken van snaren en het scheuren van vellen van muziekinstrumenten;
4. diefstal van bagage die onbewaakt wordt achtergelaten, behalve in beveiligde gebouwen of uit het zicht in de bagageruimte van een slotvast afgesloten motorvoertuig;

5. bagage zonder begeleiding, opgestuurd of gepost, en als dusdanig de verzekerde persoon (→6) niet begeleidend tijdens de reis;
6. verlies of diefstal niet aangegeven binnen de 24 uur na het ontdekken ervan, of niet gestaafd door een proces-verbaal;
7. sleet, waardevermindering, ongedierte, intern mechanisch of elektrisch falen, elke gradueel verschijnende oorzaak (zoals vocht, koude of hitte), schade door elke vorm van reiniging, herstelling, restauratie of wijziging;
8. ontsiering, krassen, deuken enz. aan koffers, zo lang de koffers nog kunnen dienen voor hun voorbestemde doel;
9. dieren;
10. verlies tengevolge van wisselkoersschommelingen;
11. postzegels, munten en andere collecties;
12. brillen, lenzen, hoorapparaten, prothesen;
13. geld (→54) die niet in het bezit was van de verzekerde of in een kluis was opgeborgen.

29.4. Schaderegeling – Plichten van de verzekerde

De verzekerde (→6) dient zich te schikken naar de volgende verplichtingen:

- het nemen van alle nodige en nuttige maatregelen ter bescherming van de bagage;
- indien de bagage zich bevindt in een personenvoertuig, de deuren en de bagageruimte slotvast afsluiten, de vensters en het open dak sluiten;
- speciale en kostbare voorwerpen en juwelen die de verzekerde niet op zich draagt in een (hotel)kluis wegbergen;
- in geval van schade:
 - in geval van diefstal: onmiddellijk proces-verbaal laten opstellen bij de lokale autoriteiten van de plaats van diefstal en de sporen van braak laten vaststellen;
 - in geval van gehele of gedeeltelijke beschadiging, of het niet afleveren van de bagage door een vervoersmaatschappij: klacht neerleggen bij de vervoersmaatschappij binnen de wettelijke termijnen, een tegenstelbaar verslag en een attest van definitief verlies (P.I.R. Property Irregularity Report) laten opstellen door de vervoersmaatschappij
 - de transportdocumenten en de bagagelabels bijhouden;
 - in alle gevallen, de Maatschappij verwittigen binnen de 48 uur na thuiskomst (tenzij mits overmacht), zich schikken naar diens instructies en haar alle inlichtingen en documenten toesturen die voor haar nodig of nuttig zijn;
 - de juistheid bewijzen zowel in aantal als in kwaliteit en de aankoopbewijzen van de speciale en waardevolle voorwerpen voorleggen.

De schadevergoeding zal worden gebaseerd op de werkelijke waarde, zijnde de actuele nieuwprijs verminderd met een afschrijving van 15% per jaar voor sleet.

De Maatschappij (→3) kan beslissen om de beschadigde goederen te laten herstellen en enkel te betalen voor de herstellingskosten.

Artikel 30. - Optie 2 : Reisannulatie / Reisonderbreking

Indien de verzekering wordt uitgebreid met Optie 2, zullen volgende voorwaarden van kracht zijn:

Optie 2 kan enkel worden afgesloten als supplement aan de basiswaarborg Bijstand

De optie reisannulatie/ reisonderbreking is beperkt in het aantal opeenvolgende dagen, en is onderwerp van een vrijstelling (→15), zoals vermeld in de Waarborgenlijst. Het verzekerd bedrag is de totale kostprijs van de reis.

Deze waarborg geldt wereldwijd.

30.1. Reisannulatie

De waarborg heeft als voorwerp de vergoeding van de annulatiekosten welke volgens de toepassing van de voorwaarden van het reiscontract ten laste vallen van de verzekerde ingeval van een annulatie door één van de hierna volgende redenen:

1. Ziekte, ongeval (→16) of overlijden van :
 - De verzekerde, zijn levensgezel, een naaste verwant (→9);
 - De persoon die met de verzekerde samenwoont op dezelfde verblijfplaats en die onder zijn hoede staat of te zijnen laste valt;
2. Opzeg van de arbeidsovereenkomst van de verzekerde door zijn werkgever om economische redenen;
3. Intrekking van het verlof van de verzekerde door zijn werkgever wegens onbeschikbaarheid van een collega die de verzekerde vervangt, tengevolge van ziekte, ongeval of overlijden;
4. Verplichte aanwezigheid van de verzekerde voortvloeiend uit het afsluiten van een arbeidscontract met een minimum duurtijd van 3 maanden;
5. Noodzakelijke aanwezigheid van de verzekerde die een vrij of zelfstandig beroep uitoefent wegens onbeschikbaarheid van de beroepsvervanger van de verzekerde, tengevolge van ziekte, ongeval of overlijden;
6. Onbeschikbaarheid tengevolge van ziekte, ongeval of overlijden van de persoon, gelast met de hoede van een minderjarig (→10) of gehandicapt kind van de verzekerde;
7. Belangrijke stoffelijke schade aan de onroerende goederen van of gehuurd door de verzekerde overkomen binnen de 30 dagen voor de vertrekdatum;
8. Verplichte aanwezigheid van de verzekerde als :
 - Getuige of jurylid voor de rechtbank
 - Dienstplichtige of wederopgeroepene voor het vervullen van de legerdienst
 - Student voor een herkansingsexamen in de periode tussen de vertrekdatum en 15 dagen na terugkeerdatum van de reis
9. Wanneer de verzekerde wordt opgeroepen voor de adoptie van een kind;
10. Wanneer de verzekerde de voor de reis noodzakelijke inenting om medische redenen niet mag ontvangen;
11. Weigering van het inreisvisum door de autoriteiten van het land van bestemming;
12. Diefstal of totale immobilisatie tengevolge van een verkeersongeval of brand van het privé-voertuig van de verzekerde op het ogenblik van vertrek of gedurende het traject naar de vakantiebestemming;
13. Vertraging op het moment van de inscheping, voorzien in het reiscontract, bij vertrek of tijdens een etappe, tengevolge van immobilisatie van meer dan één uur te wijten aan een verkeersongeval of overmacht tijdens het traject naar de plaats van inscheping.

De waarborg Annulatie wordt eveneens toegekend ingeval van annulatie door de reisgezel tengevolge van één van bovenvermelde redenen, voor zover deze eveneens de optie bij de Maatschappij onderschreef.

30.2. Reisonderbreking

De waarborg heeft als voorwerp de vergoeding van de niet-genoten vakantiedagen indien om één van de hiernavolgende redenen de verzekerde (→6) zijn reis vroegtijdig dient te onderbreken:

1. Ziekte, ongeval (→16) of overlijden van :
 - de verzekerde, zijn levensgezel, een naaste verwant (→9);
 - de persoon die met de verzekerde samenwoont op dezelfde verblijfplaats en die onder zijn hoede staat of te zijnen laste valt.
2. Noodzakelijke aanwezigheid van de verzekerde die een vrij of zelfstandig beroep uitoefent, wegens onbeschikbaarheid van de beroepsvervanger van de verzekerde, tengevolge van ziekte, ongeval of overlijden
3. Onbeschikbaarheid tengevolge van ziekte, ongeval of overlijden van de persoon, gelast met de hoede van een minderjarig (→10) of gehandicapt kind van de verzekerde.
4. Belangrijke stoffelijke schade aan de onroerende goederen van of gehuurd door de verzekerde overkomen tijdens de reis.
5. Verplichte aanwezigheid van de verzekerde als getuige of jurylid voor de rechtbank.
6. Wanneer de verzekerde wordt opgeroepen voor de adoptie van een kind
7. Diefstal of totale immobilisatie tengevolge van een verkeersongeval of brand van het privé-voertuig van de verzekerde gedurende het verblijf.
8. Vertraging op het moment van de inscheping, voorzien in het reiscontract, bij vertrek of tijdens een etappe, tengevolge van immobilisatie van meer dan één uur te wijten aan een verkeersongeval of overmacht tijdens het traject naar de plaats van inscheping.

De waarborg Reisonderbreking wordt eveneens toegekend ingeval van onderbreking door de reisgezel tengevolge van één van bovenvermelde redenen, voor zover deze eveneens de optie bij de Maatschappij onderschreef.

30.3. Uitsluitingen

Aanvullend aan de algemene uitsluitingen in de Algemene Voorwaarden art. 6, zal er geen tegemoetkoming zijn voor schade of kosten betreffende:

1. Natuurrampen ;
2. Lichamelijke letsels tengevolge van een ongeval (→16) of ziekte waarvoor er bij het afsluiten van het verzekeringscontract een medische of paramedische behandeling was voorgeschreven door de behandelende arts.
3. Epilepsie, diabetes, evolutie van aangeboren ziektes;
4. Chronische (→18) of voorafbestaande ziekte van de verzekerde (→6), tenzij geen enkele medische of paramedische behandeling nodig was tijdens de maand voor de inschrijvingsdatum van de reis en er volgens de behandelende arts geen enkele tegenindicatie bestond voor het uitvoeren van de reis.
5. Ongevallen of stoornissen tengevolge van sporten uitgesloten in Art. 6.6 :
6. Psychische, psychosomatische, geestes- of zenuwstoornissen tenzij deze een bestendige hospitalisatie (→41) vergen van minstens één week.
7. complicaties, problemen of onderbreking van zwangerschappen.
8. De insolventie van de verzekerde.
9. Defect of slechte staat van het privé-voertuig voorzien voor de reis.
10. Vertraging door verkeersmoeilijkheden en andere gewone incidenten.
11. Administratieve, visa en andere gelijkaardige kosten.

De bovenvermelde uitsluitingen zijn niet alleen van toepassing op de verzekerde maar eveneens op de personen waarvan de medische toestand de oorzaak is van de aanvraag tot tussenkomst en voor zover deze personen niet ouder zijn dan 75 jaar.

30.4. Schaderegeling

30.4.1. Ingeval van reisannulatie vergoedt de verzekeraar (→3) :

1. Voor de aanvang van het reiscontract: 100% van de annulatievergoeding, contractueel door de verzekerde (→6) verschuldigd;
2. Indien ingeval van annulatie door de reisgezel de verzekerde beslist alleen op reis te vertrekken: de hierdoor veroorzaakte extra hotel- en wijzigingskosten.
3. Ingeval van immobilisatie van het privé-voertuig kan de verzekerde de reis alsnog aanvatten met een huurwagen. In dat geval komt de verzekeraar tussen in de netto huurprijs van de wagen tot een bedrag gelijk aan de aanrekenbare annulatiekosten;
4. Tol-, benzine- of eventuele verzekeringskosten worden niet ten laste genomen.

De tussenkomst van de verzekeraar zal in geen geval het voorziene verzekerd bedrag overschrijden en zal altijd berekend worden op basis van de annulatiekosten verschuldigd op basis van de voorwaarden van het reiscontract bij annulatie binnen de 48 uur nadat de verzekerde kennis nam van de gebeurtenis die de annulatie veroorzaakte.

30.4.2. In geval van reisonderbreking vergoedt de verzekeraar:

- 1) Het niet te recupereren gedeelte van de betaalde reissom naar rato van het aantal ongenomen reisdagen, te rekenen vanaf het ogenblik van de thuiskomst in de woonplaats of vanaf de dag van hospitalisatie (→41) in het buitenland (→32).
De verzekerde (→6) heeft de keuze tussen :
 - Ofwel de onmiddellijke vergoeding van de ongenomen reisdagen;
 - Ofwel een waardebon geldig voor één jaar om een volgende reis te boeken bij hetzelfde agentschap en met dezelfde touroperator. In dit geval wordt de vergoeding verhoogd met 10%.
- 2) In geval van immobilisatie van het privé-voertuig tijdens de reis kan de verzekerde zijn reis alsnog voortzetten met een huurwagen. In dat geval komt de verzekeraar (→3) tussen in de netto-huurprijs van de wagen tot een bedrag gelijk aan de normaal berekende vergoeding voor de vakantieonderbreking. Tol-, benzine- of eventuele verzekeringskosten worden niet ten laste genomen.

30.5. Plichten van de verzekerde (→6)

De verzekerde zal de volgende verplichtingen naleven:

1. Onmiddellijk de verzekeraar (→3) inlichten en haar een schriftelijke aangifte sturen binnen de 7 dagen vanaf het ogenblik dat de verzekerde daartoe de mogelijkheid heeft.
2. Zich schikken naar de instructies van de verzekeraar en haar alle inlichtingen en/of documenten bezorgen die zij noodzakelijk of nuttig acht.
3. Alle noodzakelijke en nuttige maatregelen treffen om de annulatie tot een minimum te beperken, d.w.z. dat vanaf het ogenblik dat de verzekerde kennis heeft van een gebeurtenis die de annulatie van de reis kan veroorzaken, hij het reisagentschap of de reisorganisator hiervan onmiddellijk op de hoogte zal brengen.

Algemene Voorwaarden eigen aan Module 3. Ongevallen & Zware ziekten

Artikel 31. Verzekeraarbaarheid

Zijn verzekeraar, de personen die:

- gezond zijn van lijf en leden en algemeen in een goede gezondheid verkeren bij de aanvangsdatum (→11);
- jonger zijn dan 60 jaar;
- de basismodules Gezondheidszorgen en Bijstand hebben onderschreven.

Artikel 32. Reikwijdte van de waarborg

Deze waarborg garandeert de betaling van een éénmalig kapitaal zoals beschreven in de Waarborgelijst, in geval van overlijden of blijvende invaliditeit (→22) van de verzekerde (→6) persoon ten gevolge van een ongeval (→16) of in geval van een definitieve diagnose van een ongeneeslijke zware ziekte (→19).

Verzekerde personen die lichamelijke arbeid verrichten of werken met machines zijn enkel verzekerd voor Private Ongevallen en Zware Ziekten.

Artikel 33. Uitsluitingen

Aanvullend aan de in de Algemene Voorwaarden vermelde uitsluitingen art. 6, zal er geen vergoeding zijn voor schade veroorzaakt door of betreffende:

- Elke opzettelijke daad van een verzekerde persoon (→6);
- Een voorafbestaande medische toestand van de verzekerde persoon, tenzij deze toestand gekend was en geaccepteerd werd door de Verzekeraar, en vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, of wanneer deze toestand het gevolg is een eerder gedekt ongeval (→16) waarvoor de Verzekeraar reeds een vergoeding heeft uitgekeerd of waarvoor de uitbetalingsprocedure nog lopende is;
- Mentale stoornissen, welke ook de oorzaak moge zijn.
- Uitstulping van de tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), tenniselleboog (epicondylitis lateralis) of golfersarm (epicondylitis medialis);
- Ongevallen met verzekerde personen, jonger dan 25 jaar, als bestuurder van een motorfiets van 50 cc of meer;
- Ongevallen gerelateerd aan het gebruik van gemotoriseerde vliegtuigen, andere dan als passagier.

Artikel 34. Plichten

Deze verzekering voorziet geen dekking indien de verzekerde persoon (→6) of, ingeval van overlijden de begunstigde (→7), volgende plichten niet heeft vervuld en als dusdanig de belangen van de maatschappij heeft geschaad.

34.1. Schadeaangifte

In geval van een ongeval (→16) zal de verzekerde persoon (→6), of in geval van onmogelijkheid de begunstigde (→7) of de verzekeringsnemer (→.5), verplicht zijn de Maatschappij zo snel mogelijk in kennis te stellen, maar ten laatste binnen de 30 dagen, van een schadegeval.

In geval van overlijden dient de Maatschappij in kennis gesteld te worden ten minste 48 uur voor de crematie of begrafenis, zodat de doodsoorzaak kan worden vastgesteld. Verzekeringsnemer en begunstigde zullen gehouden zijn hun volle medewerking te verlenen.

34.2. Plichten van de verzekerde persoon (→6) na een ongeval (→16)

De verzekerde persoon heeft de plicht:

- Zo snel mogelijk medische hulp te zoeken en alles te doen wat in zijn mogelijkheden ligt om de schade, en de gevolgen ervan, tot een minimum te beperken;
- Zich te laten onderzoeken door een medisch adviseur aangeduid door de Maatschappij;
- alle nodige gegevens over te maken aan de Maatschappij, of aan diens aangewezen medische adviseurs, en geen feiten of gegevens achter te houden die relevant kunnen zijn voor de bepaling van de graad van blijvende invaliditeit (→22).

36.3. Plichten van de verzekeringsnemer (→5)

De verzekeringsnemer heeft de plicht zijn/haar volle medewerking te verlenen om de plichten van de verzekerde (→6) personen, zoals hierboven vermeld, te helpen vervullen.

De verzekeringsnemer heeft eveneens de plicht de Maatschappij in kennis te stellen van elk nieuwgeboren kind binnen de dertig (30) dagen na de geboorte. Dekking kan dan worden voorzien vanaf de geboortedatum, en in zoverre dat alle andere verzekerbare kinderen van het gezin reeds werden opgenomen in deze waarborg.

Artikel 35. Schaderegeling

35.1. Recht op uitkering in geval van overlijden

Het recht op uitkering ontstaat wanneer de verzekerde persoon (→6) is overleden als een direct gevolg van een ongeval (→16).

Indien, omwille van ditzelfde ongeval, reeds een uitkering werd gedaan voor blijvende invaliditeit (→22), zal de uitkering voor overlijden worden vermindert met het reeds uitgekeerde bedrag voor blijvende invaliditeit.

35.2. Recht op uitkering in geval van blijvende invaliditeit (→22)

Het recht op uitkering ontstaat wanneer de verzekerde persoon (→6) blijvend invalide is geworden als direct gevolg van een ongeval (→16). De uitkering zal worden bepaald als een percentage van het kapitaal, overeenstemmend met het percentage van de invaliditeit (zie artikel 35.4).

Indien, voorafgaand aan de consolidatie van de blijvende invaliditeit, de verzekerde persoon zou overlijden meer dan 1 maand na het ongeval, dan zal het recht op uitkering blijven bestaan. De uitkering zal dan worden bepaald aan de hand van medische verslagen, en in de veronderstelling dat de verzekerde niet zou zijn overleden.

35.3. Recht op uitkering in geval van zware ziekte (→19)

Het recht op uitkering ontstaat wanneer de verzekerde persoon (→6) een definitieve diagnose ontvangt van één van de opgesomde zware ziekten en die ongeneesbaar is.

Indien, voorafgaand aan de definitieve diagnose, de verzekerde persoon zou overlijden, dan zal het recht op uitkering blijven bestaan voor de begunstigde, indien in kennis gebracht aan de Maatschappij minstens 48 uur voor de begrafenis of crematie.

35.4. Bepaling van het uitkeringspercentage

De graad van blijvende invaliditeit (→22) zal worden bepaald door een medisch adviseur aangeduid door de Maatschappij vanaf de datum van consolidatie. De adviseur zal het percentage bepalen van het functioneel verlies van een bepaald lichaamsdeel of orgaan, en/of het functioneel verlies van het lichaam als geheel, overeenstemmend met objectieve standaarden en met de laatste editie van de "Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van Invaliditeit" (OBSI).

Het functioneel verlies zal bepaald worden ongeacht de extern gebruikte prothesen en toestellen. Echter, indien prothesen of toestellen werden ingeplant, zal de vermindering van het functioneel verlies door het gebruik ervan wel in mindering worden gebracht.

Het bedrag van de uitkering zal in verhouding staan met het percentage van functioneel verlies.

35.5. Cumulatieve uitkeringen

Indien het zou voorkomen dat meerdere ziekten of ongevallen (→16) de verzekerde persoon (→6) zouden treffen gedurende de duur van het contract, dan zal de som van alle uitkeringen nooit hoger kunnen zijn dan de absolute limieten weergegeven in de Waarborgenlijst.

35.6. Betaling van de uitkering

De uitkering zal worden uitbetaald aan de begunstigde (→7). Dit is de verzekerde persoon (→6) zelf of in geval van overlijden zijn erfgenamen of rechthebbenden in gelijke delen, tenzij anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

Artikel 36. Einde van de waarborg

Tenzij anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2), zal de Waarborg "Individuele Ongevallen & Zware Ziekten" automatisch eindigen op de eerste vervalddag (→12) volgend op de 65^e verjaardag van de verzekerde persoon (→6).

36.1. Non-annulatie garantie

Personen verzekerd (→6) onder deze waarborg genieten van een non-annulatie garantie tot de leeftijd van 60 jaar. Dit betekent dat de Maatschappij geen recht tot opzeg heeft, behalve in geval van niet-betaling of (poging tot) fraude of doelbewuste foutieve voorstelling van feiten.

Echter, de Maatschappij behoudt het recht op opzeg van deze waarborg in geval van opzeg door de verzekeringsnemer van de hoofdwaarborgen Gezondheidszorgen en Bijstand.

In geval van verzwaring van het risico wegens veranderen van beroepsactiviteit of verhuis naar een gevaarlijkere regio, behoudt de Maatschappij het recht de premie aan te passen aan de nieuwe situatie of om de waarborg te annuleren. De verzekeringsnemer (→5) heeft dan het recht de polis op te zeggen indien hij/zij niet akkoord gaat met de nieuwe premie, mits in achtneming van dertig (30) dagen opzegtermijn na het aankondigen van de premieverhoging.

Algemene Voorwaarden eigen aan Module 4 : Gewaarborgd Inkomen

Artikel 37. Verzekeraarbaarheid

Zijn verzekeraar, de personen die:

- gezond zijn van lijf en leden en algemeen in een goede gezondheid verkeren bij de aanvangsdatum (→11)
- ouder zijn dan 18 jaar en jonger dan 56 jaar
- een professionele activiteit beoefenen waarvoor ze inkomen genieten
- de basismodules Gezondheidszorgen en Bijstand hebben onderschreven

37.1. Wijziging van beroepsactiviteit.

Elke wijziging in de beroepsactiviteit van een verzekerde (→6) persoon dient te worden gemeld aan de Maatschappij binnen de 30 dagen.

Indien, volgens de Maatschappij de wijziging geen verzwaaring van risico inhoudt, zal de waarborg blijven bestaan zonder enige wijziging.

Indien echter de wijziging een risicoverhoging inhoudt voor de Maatschappij, kan de premie en de voorwaarden worden aangepast aan dit nieuwe risico. De verzekeringsnemer (→5) heeft daarop het recht om deze waarborg te beëindigen mits inachtneming van de termijnen voorzien in art. 3.2.1. van de Algemene Voorwaarden.

Indien de wijziging niet aanvaardbaar is voor de Maatschappij, mag de Maatschappij de waarborg beperken, of zelfs de waarborg beëindigen mits inachtneming van de opzeggingsperiode van dertig (30) dagen.

Zolang een aanvaardbare risicowijziging niet werd ter kennis gesteld of de waarborg niet werd aangepast, zal de uitkering evenredig worden verminderd volgens de verhouding tussen de oude en de nieuwe premie.

Artikel 38. Reikwijdte van de waarborg

Het gewaarborgd inkomen waarborgt een rente in geval van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een ongeval (→16), ziekte, letsel, of zwangerschapscomplicatie. Het bedrag van de rente is afhankelijk van de graad van ongeschiktheid.

Artikel 39. Uitsluitingen

Aanvullend aan de in de Algemene Voorwaarden vermelde uitsluitingen art. 6, zal er geen vergoeding zijn voor ongeschiktheid die het gevolg is van, of betrekking heeft op:

- Elke opzettelijke daad van een verzekerde persoon (→6);
- Een voorafbestaande medische toestand van de verzekerde persoon, tenzij deze toestand gekend was en geaccepteerd werd door de Verzekeraar, en vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2), of wanneer deze toestand het gevolg is een eerder gedekt ongeval (→16) waarvoor de Verzekeraar reeds een vergoeding heeft uitgekeerd of waarvoor de uitbetalingsprocedure nog lopende is;

- Mentale stoornissen, welke ook de oorzaak moge zijn, tenzij:
 - deze waarvan de diagnose is gebaseerd op organische symptomen;
 - deze stoornis gekend was en geaccepteerd werd door de Verzekeraar, en vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2);
 - wanneer deze stoornis het gevolg is een eerder gedekt ongeval/ziekte waarvoor de Verzekeraar reeds een vergoeding heeft uitgekeerd of waarvoor de uitbetalingsprocedure nog lopende is;
- Ongevallen met verzekerde personen, jonger dan 25 jaar, als bestuurder van een motorfiets van 50 cc of meer;
- Ongevallen gerelateerd aan het gebruik van gemotoriseerde vliegtuigen, andere dan als passagier.

Artikel 40. Plichten

Deze verzekering voorziet geen dekking wanneer de verzekerde persoon (→6) en/of de Verzekeringsnemer (→5), volgende plichten niet heeft vervuld en als dusdanig de belangen van de maatschappij heeft geschaad.

In geval van het niet vervullen van een plicht, vermeld in dit contract, die zou leiden tot het inaccuraat inschatten van het risico of schadegeval kan de Maatschappij geheel of gedeeltelijk waarborg weigeren en behoudt zij het recht om onterecht uitbetaalde vergoedingen terug te eisen. In dit geval mag de Maatschappij de waarborg annuleren.

De waarborg zal nietig verklaard worden in geval van opzettelijke verzwijging of foute verklaringen die leiden tot een foutieve inschatting van het risico.

40.1. Schadeaangifte

In geval van een arbeidsongeschiktheid zal de verzekerde (→6) persoon, verplicht zijn de Maatschappij zo snel mogelijk in kennis te stellen, maar ten laatste binnen de 30 dagen, van elk ongeval (→16), ziekte of zwangerschapscomplicatie, waarvoor een recht tot uitkering zou kunnen ontstaan.

Een medisch rapport met alle informatie omtrent oorzaak, aanvang, het verloop en de gevolgen van de ongeschiktheid, evenals de ondergane behandeling en een beschrijving van de professionele activiteit van de verzekerde persoon, dient te worden overgemaakt aan de Maatschappij.

De Maatschappij behoudt zich het recht om verdere informatie, dat wordt nodig geacht, op te vragen of om een medisch adviseur aan te stellen om de verzekerde persoon te onderzoeken in het kader van de bepaling van de graad van ongeschiktheid en de uitkering. De honoraria van de adviseurs zijn ten laste van de Verzekeraar.

De verzekerde persoon machtigt hierbij op voorhand alle artsen, waardoor hij/zij behandeld werd, om alle informatie aangaande zijn/haar gezondheidstoestand mede te delen aan de medisch adviseur aangesteld door de Verzekeraar.

De Maatschappij dient te worden ingelicht binnen één (1) maand na het veranderen van de graad van

arbeidsongeschiktheid of wanneer de verzekerde persoon volledig genezen wordt verklaard. De Maatschappij zal dan onmiddellijk haar uitkeringen aanpassen aan de nieuwe ongeschiktheidsgraad, onder voorbehoud van alle rechten tot informatie of onderzoek van de verzekerde.

In geval van overlijden van de verzekerde persoon (→6) is het de plicht van de verzekeringsnemer (→5) om de Maatschappij hiervan zo snel mogelijk in kennis te stellen.

40.2. Plichten van de verzekerde persoon (→6) in geval van een ongeval (→16), ziekte of zwangerschapscomplicatie.

Het is de plicht van de verzekerde persoon:

- Zo snel mogelijk medische hulp te zoeken en alles te doen wat in zijn mogelijkheden ligt om de schade, en de gevolgen ervan, tot een minimum te beperken;
- Zich te laten onderzoeken door een medisch adviseur aangeduid door de Maatschappij;
- alle nodige gegevens over te maken aan de Maatschappij, of aan diens aangewezen medische adviseurs, en geen feiten of gegevens achter te houden die relevant kunnen zijn voor de bepaling van de arbeidsongeschiktheid.
- De maatschappij zo snel mogelijk in kennis te stellen van elk tijdelijk verblijf in het buitenland (→32) van meer dan 90 dagen.

40.3. Plichten van de verzekeringsnemer (→5)

De verzekeringsnemer heeft de plicht zijn/haar volle medewerking te verlenen om de plichten van de verzekerde (→6) personen, zoals hierboven vermeld, te helpen vervullen.

Artikel 41. Schaderegeling

41.1. Recht op uitkering

Er ontstaat recht op uitkering:

- wanneer de graad van ongeschiktheid van de verzekerde persoon (→6) gelijk is of hoger dan 25%;
- na het doorlopen van de carenztijd (→14);
- na het overmaken van alle nodige documentatie zoals beschreven in art. 40;
- op voorwaarde dat de verzekerde persoon 18 jaar is of ouder;
- op voorwaarde dat de verzekerde persoon niet de leeftijd van 60 jaar heeft bereikt bij aanvang van de ongeschiktheid.

De betaling van de uitkering zal geschieden evenredig aan de graad van ongeschiktheid. Eens die ongeschiktheid 67% bedraagt of hoger, zal de Maatschappij dit beschouwen als volledige ongeschiktheid (→25) en zal zij 100% van de verzekerde rente, zoals beschreven in de Bijzondere Voorwaarden (→2), uitbetalen.

Recht op uitkering eindigt:

- wanneer de graad van ongeschiktheid minder dan 25% bedraagt;
- ten laatste wanneer de verzekerde persoon de leeftijd bereikt van 65 jaar;
- bij overlijden van de verzekerde persoon;
- bij opzeg van de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

41.2. Bepaling van de ongeschiktheid

De graad van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald van zodra het mogelijk is een consolidatie te bekomen door een medisch adviseur aangeduid door de Maatschappij. De graad van ongeschiktheid wordt bepaald aan de hand van fysiologische en economische criteria.

De adviseur zal het percentage bepalen van de fysiologische ongeschiktheid (→24), overeenstemmend met objectieve standaarden en met de laatste editie van de "Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van Invaliditeit" (OBSI).

Het zal tevens bepaald worden ongeacht de extern gebruikte prothesen en toestellen. Echter, indien prothesen of toestellen werden ingeplant, zal de vermindering van het functioneel verlies door het gebruik ervan wel in mindering worden gebracht.

De graad van economische ongeschiktheid (→23) zal worden bepaald rekening houdende met de professionele activiteit van de verzekerde persoon (→6) op het moment van de aangifte, evenals zijn/haar mogelijkheden tot readaptatie naar een andere beroepsactiviteit verenigbaar met zijn/haar kennis, mogelijkheden en sociale status, onder normale economische omstandigheden.

Het bedrag van de uitkering zal gelijk in verhouding zijn met hoogste van beide ongeschiktheidpercentages.

41.3. Carenztijd (→14)

De duur van de carenztijd is vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2). Gedurende deze carenztijd, is geen enkele vergoeding verschuldigd.

41.3.1. Carenztijd in geval van hervat

In geval van een medisch bewezen hervat binnen drie (3) maanden volgend op het einde van de ongeschiktheid, zal de nieuwe ongeschiktheid worden beschouwd als een verderzetting van initiële ongeschiktheid. Dit betekent dat de carenztijd niet van toepassing zal zijn, onder de voorwaarde dat de oorspronkelijke carenztijd volledig doorlopen is op datum van hervat.

In geval de carenztijd niet volledig werd doorlopen, zal bij hervat enkel de resterende tijd moeten doorlopen worden, met ingang van de staving van de hervat.

In geval de hervat zich voordoet meer dan drie (3) maanden na het einde van de initiële ongeschiktheid, zal de resulterende ongeschiktheid beschouwd worden als een nieuwe ongeschiktheid.

41.1. Betaling van de uitkering

41.4.1. Vrijstelling van premiebetaling.

Gedurende ongeschiktheid en proportioneel met de graad van ongeschiktheid, dient er geen premie betaald te worden voor de module Gewaarborgd Inkomen voor de begunstigde van de uitkering. De premievrijstelling wordt toegekend tot het recht op uitkering eindigt.

Echter, premies blijven betaalbaar zo lang er geen beslissing is genomen betreffende het recht op uitkering en zolang de carenztijd (→14) niet helemaal is verlopen. Eens het recht op uitkering erkend door de Maatschappij, zullen alle betaalde premies na de aanvangsdatum van de ongeschiktheid worden terugbetaald in verhouding tot de graad en de duur van de ongeschiktheid.

41.4.2. Rente

De uitkering van een (tijdelijke) rente voor arbeidsongeschiktheid zal gebeuren op het einde van elke maand, in verhouding tot de rechten verworven in de loop van die maand.

De maandelijkse rente is ofwel constant (→56), stijgend na schade (→57) of geïndexeerd (→58), afhankelijk van de gekozen formule en gestipuleerd in de Bijzondere Voorwaarden (→2).

Artikel 42. Einde van de waarborg

Tenzij anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2), zal de Waarborg "Arbeidsongeschiktheidsrente" automatisch eindigen:

- Op de einddatum vermeld in de Bijzondere Voorwaarden (→2);
- Op de eerste vervaldag (→12) na de 60e verjaardag van de verzekerde persoon (→2). Echter, indien een recht op uitkering bestaat voor die datum, zal de uitkering verder worden betaald zolang de ongeschiktheid duurt en ten laatste tot de verzekerde persoon 65 jaar is geworden;
- Door de onderbreking van de professionele activiteit van de verzekerde persoon of de verdwijning van zijn/haar inkomen, behalve indien dit gebeurt naar aanleiding van een geval van arbeidsongeschiktheid, verzekerd onder deze waarborg.

42.1. Non-annulatie garantie

Personen verzekerd (→6) onder deze waarborg genieten van een non-annulatie garantie tot de leeftijd van 60 jaar. Dit betekent dat de Maatschappij geen recht tot opzeg heeft, behalve in geval van niet-betaling of (poging tot) fraude of doelbewuste foutieve voorstelling van feiten.

Echter, de Maatschappij behoudt het recht op opzeg van deze waarborg in geval van opzeg door de verzekeringsnemer (→5) van de hoofdwaarborgen Gezondheidszorgen en Bijstand.

Ingeval van verhoging van de verzekerde rente (zelfs na een tijdelijke verlaging van de rente), behoudt de Maatschappij het recht opnieuw een medische acceptatieprocedure op te starten, de bijkomende rente te weigeren of het te aanvaarden tegen speciale voorwaarden.

In geval van verzwaring van het risico wegens veranderen van beroepsactiviteit of verhuis naar een gevaarlijkere regio (→26), behoudt de Maatschappij het recht de premie aan te passen aan de nieuwe situatie of om de polis te annuleren. De verzekeringsnemer (→5) heeft dan het recht de polis op te zeggen indien hij/zij niet akkoord gaat met de nieuwe premie, mits in achtneming van dertig (30) dagen opzegtermijn na het aankondigen van de premieverhoging.