

VERZEKERINGSCONTRACT

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (A.V.V.)

Editie: 01.2015

DEFINITIES

Er wordt verstaan onder:

1. VERZEKERAAR

DKV Belgium N.V. van Verzekeringen naar Belgisch Recht.

2. VERZEKERINGNEMER

De fysieke- of rechtspersoon, onderschrijver van het verzekeringscontract.

3. FILIAAL

De maatschappelijke zetel alsook elke exploitatiezetel van de verzekeringnemer.

4. VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract wordt gevormd door de polis. De polis wordt gevormd door de Algemene, Tarifaire en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en door de bijvoegsels.

5. VERZEKERDE PERSOON

De persoon op wie het risico rust en die begunstigde is van het verzekeringscontract, behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze.

6. VERZEKERINGSPLAN

De persoonsverzekering tot vergoeding van schade zoals gedefinieerd in de polis.

7. VERZEKERINGSGEVAL

Het voorwerp van de verzekeringswaarborg zoals omschreven in de Algemene, Tarifaire en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en door de bijvoegsels.

8. ZIEKTE

Elke aantasting van de gezondheidstoestand van de verzekerde persoon die niet door een ongeval veroorzaakt wordt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectiveerbaar zijn, en die als zodanig een diagnose toelaten en een therapie vereisen.

9. BEVALLING

De gebeurtenis waarbij een kind geboren wordt.

10. ONGEVAL

Elke aantasting van de gezondheidstoestand van de verzekerde persoon veroorzaakt door een plotselinge gebeurtenis die zich buiten het organisme situeert, die onafhankelijk van de wil van de verzekerde persoon optreedt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectiveerbaar zijn, en die als zodanig een diagnose toelaten en een therapie vereisen.

11. VERPLEEGINSTELLING

De instelling voor gezondheidszorg waarin geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen kunnen plaatsvinden op het vlak van de geneeskunde, heelkunde en eventueel de verloskunde in een aangepast medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader en dit, voor personen die er kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand deze zorgen vereist om de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren. Worden bijgevolg niet beschouwd als een verpleeginstelling:

- een rusthuis en een rust- en verzorgingstehuis, ook deze die deel uitmaken van een ziekenhuis;
- een psychiatrisch verzorgingstehuis;
- een medisch-pedagogische instelling;
- een instelling bestemd voor kuurbehandelingen zoals thermalisme, thalassotherapie, hygiëno-dieetkuren of ontwenningkuren ten gevolge van verdovende middelen, alcohol- of medicijngebruik;
- een rusthuis of een andere instelling die huisvesting bieden aan bejaarden, herstellenden of kinderen;
- het beschut wonen.

12. WACHTTIJD

De periode waarin de verzekeraar geen prestaties verschuldigd is en die aanvangt met de begindatum van het verzekeringsplan.

13. VRIJSTELLING

Het gedeelte van de kosten dat ten laste blijft van de verzekerde persoon en waarmee de tussenkomst van de verzekeraar wordt verminderd.

14. VERZEKERINGSJAAR

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarlijkse vervaldatum, die onveranderd blijft ongeacht enige toevoeging of wijziging van welke aard ook.

Indien de begindatum van een onderschreven verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum, is het eerste verzekeringsjaar samengesteld uit het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.

15. PREMIE

Het nettobedrag bepaald in de polis te vermeerderen met de wettelijke verzekeringstaksen en andere lasten.

VERZEKERBAARHEID

16. Zijn verzekerd volgens de voorwaarden voorzien in de polis, de in de polis gedefinieerde werknemers of één of meer categorieën van werknemers van een in de polis gedefinieerd filiaal van de verzekeringnemer.

17. Zijn enkel verzekerd en aan de voorwaarden voorzien in de polis de familieleden zijnde in limitatieve orde, één door de werknemer aangeduide levenspartner en de kinderen die fiscaal ten laste zijn van de ouders of één van de ouders.

18. De verzekeraar kan individueel genomen personen of categorieën van personen verzekeren aan bijzondere voorwaarden.

VERZEKERINGSCONTRACT, -PLAN EN -WAARBORG

19. AFSLUITING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract komt tot stand door de uitgifte van de polis. Indien de inhoud van de polis afwijkt van de getroffen overeenkomsten zoals die blijken uit de onderhandelingen, verklaringen en documenten, die aan de uitgifte van de polis zijn voorafgegaan, geldt de toestand als aanvaard indien de verzekeringnemer geen verzet aantekent binnen de 30 dagen volgend op de uitgifte van de polis.

20. DUUR VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor onbepaalde duur, behoudens afwijking voorzien in de polis.

21. EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract eindigt bij :

- 21.1. opzegging door de verzekeringnemer of de verzekeraar op het einde van elk verzekeringsjaar mits in acht name van een opzegtermijn van drie maanden;
- 21.2. falings of kennelijk onvermogen van de verzekeringnemer;
- 21.3. bedrog of poging tot bedrog;
- 21.4. vermindering van het aantal verzekerde personen dat niet langer 75% bereikt van het aantal personen verzekerd bij de begindatum van de verzekeringswaarborg tenzij de verzekeringnemer de contractuele wijzigingen aanvaardt die de verzekeraar meent te moeten voorstellen op technische en actuariële verzekeringsbasis;
- 21.5. opzegging door de verzekeraar bij premiewanbetaling;
- 21.6. opzegging door de verzekeringnemer binnen de 3 maanden volgend op de betekening door de verzekeraar van een wijziging van de Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden en/of de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden.

Het einde van het verzekeringscontract kan worden beperkt tot één of meerdere onderschreven verzekeringsplannen voor één of meerdere categorieën van verzekerde personen, van een in de polis gedefinieerd filiaal van de verzekeringnemer.

22. DUUR VAN HET VERZEKERINGSPLAN

Het verzekeringsplan is afgesloten voor alle verzekerde personen voor onbepaalde duur, behoudens afwijking voorzien in de polis.

23. EINDE VAN HET VERZEKERINGSPLAN

Het verzekeringsplan eindigt:

- 23.1. voor alle verzekerde personen bij het einde van het verzekeringscontract;
- 23.2. voor de verzekerde personen waarop de beschreven omstandigheid van toepassing is bij :
 - 23.2.1. overlijden;
 - 23.2.2. de beëindiging van het statuut van werknemer of de opruststelling behoudens afwijking voorzien in de polis;

- 23.2.3. opzegging door de werknemer volgens de hiernavolgende modaliteiten of in afwijking ervan volgens de modaliteiten bepaald op het toetredingsformulier. De werknemer heeft het recht het verzekeringsplan voor hemzelf (enkel indien de aansluiting van de werknemers facultatief is) en zijn gezinsleden te beëindigen op het einde van elke periode van 12 maanden te rekenen vanaf de begindatum in het verzekeringsbewijs bepaald na een opzegtermijn van drie maanden. In dat geval eindigt het verzekeringsplan in hoofde van alle gezinsleden;
- 23.2.4. het niet meer vervuld zijn van de verzekeraarvoorwaarden.

24. BEGIN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

- 24.1. De verzekeringswaARBORG begint op de begindatum van het verzekeringsplan bepaald in de polis, na betaling van de eerste jaarpremie of overeengekomen deelpremie en na verloop van de wachttijden.
- 24.2. De verzekeringswaARBORG begint voor elke werknemer en zijn verzekerbare gezinsleden, op de 1^{ste} dag van de maand van de indiensttreding, tenzij anders bepaald in de Bijzondere Verzekeringvoorwaarden, na ontvangst door de verzekeraar van het behoorlijk ingevuld aansluitingsformulier binnen een termijn van 2 maanden te rekenen vanaf de datum van de indiensttreding.
- 24.3. De verzekeringswaARBORG begint voor elk nieuw gezinslid, op de 1^{ste} dag van de maand van de gebeurtenissen vermeld onder de punten 24.3.1. en 24.3.2., tenzij anders bepaald in de Bijzondere Verzekeringvoorwaarden, na ontvangst door de verzekeraar van het behoorlijk ingevuld aansluitingsformulier binnen een termijn van 2 maanden te rekenen vanaf het moment dat het recht op aansluiting ontstaat:
 - 24.3.1. het samenwonen (domicilie op hetzelfde adres), de geboorte, de adoptie; voor zover de andere gezinsleden reeds verzekerd zijn in deze collectieve overeenkomst;
 - 24.3.2. op het einde van een gelijkaardige of overeenkomstige verzekeringswaARBORG waarvan de persoon genoot.
- 24.4. Voor de personen, waarvan de aansluiting niet is geregistreerd binnen de 2 maanden die volgen op één van de gebeurtenissen vermeld onder de punten 24.2 en 24.3 vangt de waARBORG aan :
 - 24.4.1. voor de nieuwe werknemer: op de 1^{ste} dag van de maand van de indiensttreding, tenzij anders bepaald in de Bijzondere Verzekeringvoorwaarden;
 - 24.4.2. voor de verzekerbare gezinsleden: op de 1^{ste} dag van de 13^{de} maand volgend op de datum waarop de verzekeraar de aanvraag tot aansluiting ontvangen heeft.

25. UITSLUITINGEN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaARBORG omvat niet, de hierna genoemde verzekeringsgevallen noch de gevolgen ervan:

- 25.1. een poging tot zelfmoord;
- 25.2. een intoxicatie ten gevolge van verdovende middelen of ten gevolge van een overdosis geneesmiddelen, het misbruik maken van geneesmiddelen (dit is het niet gebruiken van geneesmiddelen overeenkomstig het voorschrift of in strijd met de bepalingen opgenomen in de bijsluiter), chronische of niet-accidentele toxicomanie, dronkenschap;
- 25.3. een vaccinatie, een sterilisatie, een contraceptie, een medisch begeleide voortplanting, een esthetische ingreep, refractieve ingreep;
- 25.4. functionele, subjectieve of psychische stoornissen, waarvan de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een zuiver medisch standpunt;
- 25.5. een kuur (behandeling, sessie, techniek of workshop) met het oog op het verbeteren van de algemene wellness, alsook het verblijf in een wellnessfaciliteit, zelfs indien deze faciliteit deel uitmaakt van een verpleeginstelling. Deze uitsluiting geldt ook indien de kuur of het verblijf in de wellnessfaciliteit plaatsvindt op doktersvoorschrift;
- 25.6. een psychotherapeutische behandeling;
- 25.7. een ziekte, samenlopende ziekten of een ongeval voortvloeiend uit een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong, indien is aangetoond dat de verzekerde persoon er actief heeft aan deelgenomen;
- 25.8. een opzettelijke daad van de verzekerde persoon, tenzij deze het bewijs voorlegt dat het een geval betreft van wettelijke zelfverdediging of verantwoorde redding van personen of goederen. Een opzettelijke daad is een daad waarbij de verzekerde de bedoeling heeft om schade te veroorzaken.

26. TERRITORIALITEIT VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaARBORG is onderworpen aan de territorialiteitsvoorwaarden gedefinieerd in de polis.

27. EINDE VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaARBORG eindigt samen met het einde van het verzekeringsplan, ook voor de lopende schadegevallen, behoudens voortzetting van de verzekeringswaARBORG op individuele basis.

28. VOORTZETTING VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG OP INDIVIDUELE BASIS

- 28.1. De verzekerde personen (die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben en de voordelen genieten van de Belgische sociale zekerheid) die het voordeel van de huidige verzekeringswaarborg verliezen hebben het recht, behoudens in geval van bedrog en deze door de wet voorzien, deze verzekeringswaarborg overeenkomstig de algemene en tarifaire voorwaarden van een bestaand gelijksoortig individueel verzekeringsplan voort te zetten.
- 28.2. Indien bij het verlies van het voordeel van de huidige waarborg, de werknemer, bedoeld onder A.V.V. art 16, gedurende 2 jaren ononderbroken aangesloten geweest is bij het huidige verzekeringscontract of bij andere opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten (met uitzondering van de individuele verzekeringen afgesloten bij een ziekenfonds), gebeurt de voortzetting op individuele basis:
- 28.2.1. zonder een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen;
 - 28.2.2. zonder instelling van een nieuwe wachttijd;
 - 28.2.3. zonder beperking van de waarborg noch opleg van een bijpremie wegens de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde persoon tijdens de duur van het huidige verzekeringscontract.
- Indien de anciënniteit van 24 maanden niet verworven is, kan de verzekeraar de onderschrijving van een individueel plan ondergeschikt maken aan bijzondere voorwaarden op basis van het indienen van een vervolledigd verzekeringsvoorstel.
- 28.3. Bij de berekening van de premie van het individueel voortgezette verzekeringsplan wordt rekening gehouden met:
- 28.3.1. de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de individuele voortzetting;
 - 28.3.2. de elementen ter beoordeling van het risico, zoals die bestonden en beoordeeld werden op het ogenblik van het toetreden tot het huidige verzekeringscontract, indien deze destijds werden beoordeeld;
 - 28.3.3. het stelsel en het statuut van sociale zekerheid waaraan de verzekerde persoon is onderworpen, alsook eventueel haar beroep.
- 28.4. De voortzettingaanvraag moet schriftelijk of elektronisch bij de verzekeraar ingediend worden:
- 28.4.1. in hoofde van de werknemer, bedoeld onder A.V.V. art 16, en in voorkomend geval zijn gezinsleden, binnen de 30 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer, of in voorkomend geval de curator of de vereffenaar, de werknemer in kennis stelt dat hij kan beslissen zijn aansluiting individueel voort te zetten. De verzekerde heeft het recht deze periode te verlengen met 30 dagen op voorwaarde dat hij dit schriftelijk of elektronisch laat weten aan de verzekeraar vóór het verstrijken van de eerste 30 dagen. Deze termijn verstrijkt in elk geval 105 dagen na het verlies van het voordeel van de huidige verzekeringswaarborg.
 - 28.4.2. in hoofde van de gezinsleden van de werknemer die het voordeel van de huidige verzekeringswaarborg verliezen om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de waarborg door de werknemer, binnen de 105 dagen te rekenen vanaf het tijdstip waarop het voornoemde voordeel verloren wordt. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.
- 28.5. De werknemer, bedoeld onder A.V.V. art 16, en de gezinsleden beschikken over een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de dag van de ontvangst van de informatie van de verzekeraar met betrekking tot de voorwaarden van de voortzetting op individuele basis (opsturen van een verzekeringsvoorstel, prijsopofferte, waarborgbeschrijving, ...) om de onderschrijving van een individueel contract te aanvaarden.

VERZEKERINGSGEVAL

29. Elk verzekeringsgeval moet aan de verzekeraar worden gemeld bij het optreden ervan door middel van het daartoe eventueel voorziene formulier.
30. De onkostennota's die betrekking hebben op een verzekeringsgeval moeten worden ingediend binnen de 3 jaar volgend op de datum van hun uitgifte. Na verloop van deze termijn treedt verjaring in.
31. De verzekerde persoon heeft tegenover de verzekeraar een eigen recht op de verzekeringsprestaties.
32. De verzekeringsprestaties worden geregeld met de begunstigde van het verzekeringscontract.
33. De verzekeraar is gerechtigd de terugbetaling ondergeschikt te maken aan de indiening van gekwijte en naar de Nederlands, Frans, Duits of Engels vertaalde onkostennota's, indien blijkt dat zij uitgegeven zijn in een vreemde taal waarvan de vertaling redelijkerwijze noodzakelijk blijkt voor het onderzoek van het recht op uitkering.
34. De onkostennota's worden eigendom van de verzekeraar bij de ontvangst ervan ter zetel van de verzekeraar.
35. De uitkering geschiedt in EUR. Onkostennota's in vreemde valuta worden uitgekeerd tegen de gemiddelde koers van de vreemde valuta op de dag van de uitkering.

36. Kan de verzekerde persoon aanspraak maken op herstel van schade, dan treedt de verzekeraar, maximaal tot het beloop van zijn prestaties, in de rechten van de verzekerde persoon.
37. De overeenkomsten in het kader van het verzekeringscontract afgesloten tussen de verzekeringnemer of de verzekerde persoon enerzijds en derden anderzijds, hebben enkel gevolgen voor de contracterende partijen en zijn niet tegenstelbaar aan de verzekeraar.

RECHT OP UITKERING EN AANSLUITING TOT HET VERZEKERINGSCONTRACT

38. De verzekeraar, de verzekeringnemer en de verzekerde persoon werken samen om het recht op uitkering en aansluiting tot het verzekeringscontract, dat vastgesteld wordt op basis van de verstrekte inlichtingen, te bepalen.
De verzekeringnemer en de verzekerde persoon laten de verzekeraar toe de noodzakelijke informatie in te winnen en verbinden zich ertoe mee te werken aan de goede uitvoering van de informatie- en onderzoeksmaatregelen waartoe het onderzoek naar de bedoelde rechten aanleiding geeft.
De verzekeraar onthoudt zich van elke maatregel die, in verhouding met het onderzoek van de bedoelde rechten, niet toereikend, niet ter zake doende en overmatig blijkt te zijn.
39. Bij betwisting van het recht op uitkering en aansluiting tot het verzekeringscontract, beschikken de verzekeringnemer en de verzekerde persoon over de mogelijkheid om beroep te doen op arbitrage binnen een termijn van 30 dagen volgend op de regelmatige betekening van het verzet.
De arbitrage wordt beheerst door de bepalingen opgenomen in een arbitrageovereenkomst.
40. Elke verklaring of aangifte door derden verbindt de verzekeraar niet.

VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE VERZEKERDE PERSOON

41. De verzekeringnemer en de verzekerde persoon zijn verplicht:
- 41.1. de verklaringen en aangiften schriftelijk of elektronisch in te dienen bij de zetel van de verzekeraar;
 - 41.2. de verzekeraar het tijdstip mee te delen waarop de voorwaarden voor het in standhouden van het verzekeringscontract en/of verzekeringsplannen wegvallen;
 - 41.3. de verzekeraar in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of gedeeltelijk dekt;
 - 41.4. de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken voor het vaststellen van het recht op uitkering en gevolg te geven aan alle hem betekende instructies en voorschriften;
 - 41.5. de verzekeraar voorafgaandelijk in te lichten indien één van de verzekerde personen langer dan 3 maanden in het buitenland verblijft. De verzekeraar zal het verzekeringsplan wijzigen of de dekking beëindigen vanaf de 1^{ste} dag van de maand van het verblijf in het buitenland.
42. Medi-Card[®] (van toepassing voor de plannen IS+ en IS(B)KMO)
De Medi-Card[®] biedt een eigen dienst ingevolge een overeenkomst tussen een verpleeginstelling en de verzekeraar, die een dubbele verbintenis omvat:
- de verzekeraar verbindt zich ten aanzien van de verzekerde persoon, houder van de kaart, om de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis te betalen;
 - de verzekeraar verbindt zich ten aanzien van het ziekenhuis om de betaling van de kosten te waarborgen.
- Door het gebruik van de Medi-Card[®] worden de verblijf- en de medische kosten (chirurgie, anesthesie, ...) die gemaakt zijn tijdens het ziekenhuisverblijf in België, betaald voor zover zij niet uitgesloten zijn door de verzekeringsdekking en voor zover het verblijf plaatsvindt in een verzekerd kamertype. Deze kosten worden geïnd hetzij door het ziekenhuis hetzij via een ander systeem van centrale inning, met uitzondering van de door de zorgverstrekker gevraagde individuele erelonen.
- Door het gebruik en de ondertekening van de Medi-Card[®], die strikt persoonlijk is, aanvaardt de verzekerde persoon de toepassing van de rechten en plichten voortvloeiend uit het verzekeringscontract.
- Door het gebruik van de kaart verleent de verzekerde persoon de bevoegdheid aan de verzekeraar om rechtstreeks aan het ziekenhuis te betalen. Hij aanvaardt dat zijn rechten ten aanzien van het ziekenhuis worden overgedragen aan de verzekeraar, in de mate van zijn prestaties.
- Wanneer de verzekeraar in het kader van een Medi-Card[®] dossier de opnamekosten aan het ziekenhuis terugbetaalt, erkent de verzekeringnemer of de verzekerde persoon dat overeenkomstig de contractuele voorwaarden, volgende kosten door hem/haar verschuldigd blijven:
- de vrijstelling;
 - de niet-medische kosten;
 - de kosten m.b.t. een verzekeringsgeval dat niet gedekt is;
 - de door de verzekeraar geweigerde kosten.

De verzekeraar informeert de verzekeringnemer of de verzekerde persoon over het bedrag dat binnen een termijn van 30 dagen, na ontvangst van de informatie, terugbetaalbaar is. Bij niet-betaling door de verzekerde persoon, verbindt de verzekeringnemer er zich toe die kosten terug te betalen. De verzekeringnemer is de eventuele vrijstelling en de niet-medische kosten niet verschuldigd indien het betreffende personeelslid geen deel meer uitmaakt van het groepscontract.

Het gebruik van de Medi-Card® kan voor alle verzekerde personen worden ingetrokken, zonder voorafgaande waarschuwing:

- in geval van misbruik van de kaart;
- in geval van niet-betaling door de verzekeringnemer of verzekerde persoon van de voornoemde kosten die door hem/haar verschuldigd blijven;
- in geval van niet-betaling van de premie door de verzekeringnemer.

43. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde persoon tekort komt aan de bij dit verzekeringscontract of in uitvoering van het contract ontstane verplichtingen, is de verzekeraar van uitkering ontslagen in de mate waarin de tekortkoming hem belet het recht op uitkering te bepalen door middel van zowel de administratieve als medische maatregelen en controles waartoe het optreden van het verzekeringsgeval redelijkerwijze aanleiding kan geven.

44. De verzekeringnemer of, in voorkomend geval de curator of de vereffenaar, is verplicht ten laatste 30 dagen na het verlies van het voordeel van de aansluiting de werknemer schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen:

- 44.1. van het precieze tijdstip van dit verlies;
- 44.2. van de mogelijkheid de aansluiting voort te zetten op individuele basis;
- 44.3. van de termijn waarbinnen de verzekerde personen hun voortzettingsrecht kunnen uitoefenen;
- 44.4. van de contactgegevens van de verzekeraar.

45. De verzekeringnemer is verplicht elke werknemer in te lichten over de mogelijkheid voor elke verzekerde persoon om individueel een Horizon plan bij de verzekeraar te onderschrijven.

Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft deze informatie aan elke werknemer te bezorgen of die niet in staat is een bewijs te leveren van de goede uitvoering van deze verplichting, is de verzekeringnemer aan de verzekeraar het verschil verschuldigd tussen de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd die bereikt is op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting en de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de huidige verzekeringswaarborg.

DE PREMIE

46. De verzekeringnemer is de maandpremie verschuldigd. Kinderen zijn de premie voor volwassenen verschuldigd vanaf de maand die volgt op de 18de verjaardag.

47. De maandpremie is haalschuld. De maandpremie is één en ondeelbaar en betaalbaar volgens de periodiciteit in de polis bepaald.

48. De premieafrekening wordt opgemaakt op basis van de aan de verzekeraar meegeleverde gegevens. Indien de afrekening met de medegeleverde gegevens niet conform is, wordt deze situatie als aanvaard verondersteld en zijn de premies verschuldigd, behoudens verzet van de verzekeringnemer binnen de 30 dagen volgend op de betekening.

49. De premie is niet vrijgesteld na het ontstaan van en tijdens het verzekeringsgeval.

50. Bij niet betaling van de premie of een deel ervan wordt de verzekeringnemer bij aangetekend schrijven in gebreke gesteld en de verzekeringswaarborg van rechtswege geschorst vanaf de datum voorzien in de ingebrekestelling. De verzekeringswaarborg herneemt voor de verzekeringsgevallen die optreden nadat de verzekeringnemer alle achterstallige en vervallen premies heeft voldaan, verhoogd met de kosten van de wettelijke intresten en van de ingebrekestelling.

51. In geval van niet-betaling ingevolge de ingebrekestelling heeft de verzekeraar het recht om het verzekeringscontract op te zeggen.

WIJZIGING VAN DE TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

52. De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden kunnen, bij beslissing van de verzekeraar, een wijziging ondergaan goedgekeurd volgens de wettelijke procedures en dit eveneens voor de lopende verzekeringscontracten.

53. De wijziging treedt in werking op de datum bepaald volgens de wettelijke modaliteiten en, bij het ontbreken hiervan, op de datum van de betekening van het bericht van wijziging aan de verzekeringnemer.

54. Zijn niet onderworpen aan de vorige bepalingen: de wijzigingen van de verzekeringstaks, van de belastingen en/of bijkomende heffingen welke ook hun aard zij, opgelegd bij wet of bij enig andere reglementaire beschikking.

VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER, VAN DE VERZEKERDE PERSOON EN VAN DE VERZEKERAAR

55. De verzekeringnemer en de verzekerde persoon verklaren:

- 55.1. de verzekeraar toe te laten persoonsgebonden en medische gegevens en informatie te verzamelen en te behandelen. Zij hebben kennis genomen dat de persoonsgegevens betreffende de gezondheid worden verwerkt onder toezicht van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg;

- 55.2. de verzekeraar toe te laten medische gegevens te gebruiken met het oog op het afsluiten, het beheren en het uitvoeren van het verzekeringscontract overeenkomstig de eigen doelstellingen ervan en, meer in het algemeen, overeenkomstig de doelstellingen, technieken en principes eigen aan de verzekeringsactiviteit;
- 55.3. de verzekeraar verklaart de persoonsgebonden en medische informatie en gegevens slechts te verzamelen, te behandelen en te gebruiken om de vermelde doelstellingen te realiseren en dat, in verhouding met deze doelstellingen, de informatie en gegevens toereikend, ter zake doende en niet overmatig zijn.

DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISTISCHE DADEN

56. De verzekeringswaarborg omvat de verzekeringsgevallen die optreden ingevolge ziekte, samenlopende ziekten of een ongeval voortvloeiend uit een terroristische daad, met uitzondering van de verzekeringsgevallen en al hun gevolgen voortvloeiend uit een terroristische daad die gesteld wordt door wapens of tuigen, die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern.

EINDBEPALING

57. Voor wat door het verzekeringscontract niet is bepaald, gelden de Belgische wettelijke voorschriften.

58. Elke klacht met betrekking tot het verzekeringscontract kan gericht worden aan :
- Dienst Quality Control DKV Belgium N.V., Bischoffsheimlaan 1-8, 1000 Brussel – qualitycontrol@dkv.be
 - Ombudsdienst der Verzekeringen, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel - www.ombudsman.be