

ALGEMENE VOORWAARDEN

2010



BELANGRIJKE INFORMATIE

De Algemene polisvoorwaarden zoals uiteengezet in Hoofdstuk I zijn slechts geldig voor zover ze niet tegenstrijdig zijn of in conflict met de voorwaarden die eigen zijn aan de verschillende dekkingstypes zoals uiteengezet in Hoofdstuk II. In geval van contradictie of conflict hebben de laatstgenoemde voorrang op de eerste. Bovendien hebben de Bijzondere Voorwaarden altijd voorrang op de Algemene Voorwaarden ExpatPlus.

1. Afkoelingsperiode

Als u om welke reden dan ook niet tevreden bent over deze overeenkomst, kunt u deze binnen de vijftien (15) dagen vanaf de leveringsdatum naar ons terugsturen. We zullen de polis dan annuleren en alle betaalde premies aan u terugstorten, op voorwaarde dat er nog geen aanvragen tot terugbetaling van medische kosten werden ingediend.

2. Adreswijziging

U dient ons onmiddellijk te informeren over elke adreswijziging (met inbegrip van uw e-mailadres), zodat we u op de hoogte kunnen houden van belangrijke informatie en claims vlot kunnen behandelen.

3. Financieel Bemiddelingsbureau

Als u het niet eens bent met de weigering of het regelingsvoorstel van een claim, kunt u beroep doen op ons Hoger Management. Indien u het evenmin eens bent met de beslissing van ons Hoger Management, kunt u de zaak binnen de zes (6) maanden vanaf de beslissingen van ons Hoger Management doorverwijzen naar het Financieel Bemiddelingsbureau:

Belgisch Centrum voor Arbitrage en Bemiddeling
Stuiverstraat 8
1000 Brussel
België
Tel. + 32 2 515 08 35
Fax + 32 2 515 08 75
info@cepina-cepani.be

4. Contact

Voor inlichtingen of klachten over de Internationale Medische Verzekering in deze polis, kunt u terecht bij ons Medical Claims Contact Center op het volgende adres:

Vanbreda International
Postbus 69
2140 Antwerpen
België
Tel. + 32 3 217 69 72 (24/7)
Fax + 32 3 235 83 51
claims@Expatriplus.com

Voor andere vragen, kunt u ons als volgt contacteren:

Vanbreda International
Postbus 69
2140 Antwerpen
België
Tel. + 32 3 217 65 29
Fax + 32 3 663 73 14
info@Expatriplus.com

5. Deze tekst is een vertaling van de originele Engelse Algemene Voorwaarden ExpatPlus.

Bij eventuele onduidelijkheid of betwisting over de interpretatie van de tekst, zal de originele Engelse versie doorslaggevend zijn. Deze Engelse versie kunt u aanvragen bij ExpatPlus, Postbus 69, 2140 Antwerpen, België of raadplegen op www.Expatplus.com.

Hoofdstuk I: Algemene polisvoorwaarden

I-1. Voorrang en doel van de verzekering	6
I-2. Definities, in alfabetische volgorde	6
I-3. Toelatingscriteria voor de verzekering	9
I-4. Datum waarop de dekking in werking treedt	10
I-5. Afkoelingsperiode	11
I-6. Duurtijd en einde van de verzekering	11
I-7. Opzegging van dekking	11
I-8. Premie en premieverhoging	12
I-9. Terugkeer naar het Thuisland (land van herkomst)	12
I-10. Munteenheid	12
I-11. Algemene uitsluitingen	12
I-12. Oorlog en terrorisme	13
I-13. Regeling van geschillen	14
I-14. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	14
I-15. Subrogatie	14
I-16. Exceptie	15
I-17. Klachtenprocedure	15
I-18. Toepasselijke wetgeving	15

Hoofdstuk II: Waarborgen en voorwaarden eigen aan de verschillende dekkingstypes

BASISPAKKET

II-1. Internationale Medische Verzekering	18
II-2. Medische Evacuatie en Bijstand	25
II-3. Burgerlijke Aansprakelijkheid	28

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

II-4. Tandverzorging	30
II-5. Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval	31
II-6. Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid	34
II-7. Blijvende Arbeidsongeschiktheid	36

I-1. Voorrang en doel van de verzekering

1.1. Voorrang

De Algemene polisvoorwaarden zoals uiteengezet in Hoofdstuk I zijn slechts geldig voor zover ze niet tegenstrijdig zijn of in conflict met de voorwaarden die eigen zijn aan de verschillende dekkingstypes zoals uiteengezet in Hoofdstuk II. In geval van contradictie of conflict hebben de laatstgenoemde voorrang op de eerste. Bovendien hebben de Bijzondere Voorwaarden altijd voorrang op de Algemene Voorwaarden ExpatPlus. Wat de verzekering Medische Evacuatie en Bijstand betreft, hebben de voorwaarden van Hoofdstuk II voorrang op de Algemene polisvoorwaarden van Hoofdstuk I.

1.2. Doel van de verzekering

Het verzekeringspakket ExpatPlus bestaat uit verschillende waarborgen met als doel sociale bescherming te bieden aan Expats.

5. Overlijden en Invaliditeit t.g.v. Ongeval

Deze verzekering kan worden afgesloten als bijkomende dekking bovenop de Basisverzekering en voorziet de betaling van een forfaitaire som bij overlijden ingevolge een Ongeval of bij blijvende Invaliditeit ingevolge een Ongeval.

6. Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid

Deze verzekering kan worden afgesloten als aanvulling op de Basisverzekering en waarborgt een maandelijkse uitkering wanneer de Verzekerde totaal niet in staat is om zijn/haar professionele activiteiten uit te voeren ingevolge Ziekte of een Ongeval.

7. Blijvende Arbeidsongeschiktheid (veroorzaakt door Ziekte of Ongeval)

Deze verzekering kan worden afgesloten als aanvulling op de dekking voor Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid en waarborgt een maandelijkse uitkering aan de Verzekerde wanneer deze ingevolge Ziekte of een Ongeval geheel of gedeeltelijk blijvend arbeidsongeschikt is, waardoor hij/zij volledig of gedeeltelijk inkomensverlies lijdt.

BASISVERZEKERING

1. Internationale Medische Verzekering

De Internationale Medische Verzekering betaalt tot de limieten die in deze polis worden vermeld, de Redelijke en Gebruikelijke kosten terug voor Niet-Klinische (Ambulante) Medische verzorging en Ziekenhuisopname, op voorwaarde dat deze kosten het gevolg zijn van Ziekte, Ongeval of zwangerschap

2. Medische Evacuatie en Bijstand

Medische Evacuatie en Bijstand maken deel uit van het basispakket.

3. Burgerlijke Aansprakelijkheid

De Burgerlijke Aansprakelijkheid van de Verzekerde voor schadeclaims ingediend door een derde partij maakt deel uit van de Basisverzekering.

Aanvullende verzekeringen

Personen die verzekerd zijn onder het ExpatPlus basisplan kunnen ook de volgende bijkomende verzekeringsdekkingen afsluiten:

4. Tandverzorging

Het Tandverzorgingsplan kan worden afgesloten door de Verzekerden die aanvaard zijn onder de Basisverzekering.

I-2. Definities, in alfabetische volgorde

‘Alternatieve (complementaire) Medische Zorgverlener’

Een acupuncturist, chiropractor, homeopaat of osteopaat die beschikt over de nodige wettelijke kwalificaties en van de autoriteiten in het land waar de behandeling wordt ontvangen de toelating heeft om alternatieve (complementaire) geneeskunde te beoefenen.

‘Arts’

Zie Dokter.

‘Bestaande Kwalen en Aandoeningen (voorafbestaande toestand)’

Een medische of hieraan gerelateerde toestand waarvoor zich al op één of ander ogenblik gedurende de periode van vijf jaar voor de aanvang van de dekking een symptoom of symptomen manifesteerde(n), ongeacht of er hiervoor al dan niet een Medische Behandeling of medisch advies werd gezocht. Elke dergelijke medische of hieraan gerelateerde toestand waarvan de Verzekerde of de Personen te zijnen Lasten weet hebben, of hadden, of redelijkerwijs kunnen worden verondersteld weet te hebben, zal worden beschouwd als Bestaande Kwalen en Aandoeningen (voorafbestaand).

‘Bijstandverlener’

Verlener van diensten voor Medische Evacuatie en Bijstand, Mondial Assistance.

‘Bijzondere Voorwaarden’

Document dat bij elke verzekeringspolis wordt uitgegeven en volgende gegevens vermeldt:

- de identiteit van de Verzekeringnemer en de Verzekerde(n);
- de gekozen dekking en de duur van de verzekering;
- het bedrag van de verzekeringspremies;
- alle specifieke overeenkomsten of alle afwijkingen van de Algemene Voorwaarden.

‘Chirurgie’

Elk van de volgende medische procedures:

- het insnijden, wegsnijden of elektrisch doodbranden van een orgaan of lichaamsdeel, behalve voor tandverzorging;
- het herstellen, reviseren of reconstrueren van een orgaan of lichaamsdeel, zowel invasief als niet invasief;
- het door manipulatie reduceren van een breuk of dislocatie;
- het gebruik van endoscopie om een steen of object te verwijderen uit de larynx, bronchus, trachea, esophagus, maag, darmen, urineblaas of urethra.

‘Chronische Toestand’

Een aandoening, een Ziekte of een Letsel met één of meer van de volgende kenmerken:

- is terugkerend van natuur;
- heeft geen gekende, algemeen erkende remedie;
- wordt niet algemeen beschouwd als goed reagerend op een behandeling;
- vereist palliatieve behandeling;
- vereist langdurige supervisie of opvolging;
- leidt tot blijvende Invaliditeit.

‘DagChirurgie’

Chirurgie die het gebruik van een conventionele operatiezaal vereist en waarvoor geen overnachting in het ziekenhuis (hospitaal) noodzakelijk is (patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis (hospitaal) en verlaat het ziekenhuis (hospitaal) op de dag van de operatie).

‘Daghospitalisatie’

Zie ‘Poliklinische Behandeling’

‘Dokter of Arts’

Persoon die is afgestudeerd aan een erkende medische faculteit die is opgenomen in de lijst van medische faculteiten van de Wereldgezondheidsorganisatie en die gemachtigd is om de geneeskunde te beoefenen in het land waar de behandeling wordt ontvangen.

‘Eigen Risico (Franchise)’

(Eerste) deel van de (In Aanmerking komende Medische) kosten dat de Verzekerde moet betalen en dat afgetrokken wordt van het bedrag van de (In Aanmerking komende Medische) kosten waarop de vergoeding (terugbetaling) wordt berekend.

‘Expat’

Een persoon die woont en/of werkt in een ander land dan zijn Land van Oorsprong.

‘Geneesmiddelen op Voorschrift’

Medicijnen/geneesmiddelen die nodig zijn voor de behandeling van een bevestigde medische diagnose of medische aandoening, en die niet verkrijgbaar zijn zonder voorschrift van een Dokter (met uitsluiting van OTC (“over-the-counter”)-medicijnen).

‘In Aanmerking komende Medische Kosten’

De Medisch Noodzakelijke uitgaven ten gevolge van een gedekte Ziekte, Ongeval of zwangerschap, maar die de limieten in het Vergoedingenoverzicht niet overschrijden.

‘Intensive Care Unit’

Een afdeling binnen een ziekenhuis (hospitaal) die aangeduid is als een Intensive Care Unit en die 24 uur op 24 uitsluitend wordt onderhouden voor de behandeling van patiënten in kritieke toestand en uitgerust is om speciale verzorging en medische diensten te verlenen die elders in het ziekenhuis (hospitaal) niet beschikbaar zijn.

‘Invaliditeit’

Een aandoening, Ziekte of het geheel van Letsels die voortkomen uit één enkele oorzaak of uit een opeenvolging van oorzaken, en die van blijvende aard zijn.

‘Land van Expatriëring / Gastland’

Het land naar waar de Verzekerde uitgezonden wordt (zoals wordt aangegeven op het aanvraagformulier).

‘Land van Oorsprong / Thuisland (of gebruikelijk land van verblijf)’

Het land waar de Verzekerde normaal verblijft of verbleef en van waaruit hij/zij wordt uitgezonden naar een ander land (zoals aangegeven in het aansluitingsformulier). Indien het Land van Oorsprong niet benoemd kan worden volgens deze definitie, moet het land aangegeven worden waarvan de Verzekeringnemer de nationaliteit heeft en waarvan hij/zij een geldig paspoort bezit.

‘Letsel’

Lichamelijke verwonding enkel veroorzaakt door een Ongeval.

‘Maximale Jaarlijkse Vergoeding’

De uitkeringen voor behandelingskosten van de Verzekerde worden beperkt tot de globale jaarlimieten zoals opgenomen in het Vergoedingenoverzicht. Wanneer de globale jaarlimiet bereikt is, zullen er geen verdere betalingen gebeuren voor de resterende periode van dat Verzekeringsjaar.

‘Medische Behandeling’

Medisch onderzoek en/of medische procedures die noodzakelijk zijn om de gezondheid te herstellen, uitgevoerd of voorgeschreven door een Dokter.

‘Medisch Noodzakelijk’

Een medische dienstverlening die:

- consistent is met de diagnose en de gebruikelijke Medische Behandeling voor een gedekte Ziekte of Letsel, en
- in overeenstemming is met de standaarden voor een goede medische praktijk, consistent is met de actuele standaard voor een professionele medische verzorging en bewezen medische voordelen heeft, en
- niet gebeurt voor het gemak van de Verzekerde of de Arts en redelijkerwijs niet buiten het ziekenhuis (hospitaal) kon worden geleverd (indien opgenomen als een intern verpleegd patiënt), en
- niet van experimentele aard is of om onderzoeksredenen gebeurt, niet van preventieve aard is of voor screeningdoeleinden wordt uitgevoerd, en
- waarvoor de kosten billijk en Redelijk zijn in verhouding tot de Medische Behandeling.

‘Medisch Spoedgeval’

Een Letsel door een Ongeval of een plotse en onverwachte verandering in de fysieke of geestelijke toestand, waarbij men, als de procedure of behandeling niet onmiddellijk zou worden opgestart, redelijkerwijs zou kunnen verwachten, zoals bepaald door de dienstdoende Arts, dat dit zou kunnen resulteren in het overlijden of in blijvende Invaliditeit of een belangrijke verslechtering van een lichaamsfunctie of de blijvende disfunctie van een lichaamsdeel.

‘Niet-Klinische (Ambulante) Behandeling’

Medische Behandeling die geen overnachting in het ziekenhuis (hospitaal) vereist.

‘Ongeval’

Een plotse, onverwachte gebeurtenis met een oorzaak die buiten het lichaam van het slachtoffer ligt, en die lichamelijk Letsel tot gevolg heeft. De volgende gebeurtenissen worden eveneens als Ongevallen beschouwd:

- een reddingspoging van personen of goederen die in gevaar verkeren;

- inademing van gas of dampen en de opname van giftige of bijtende stoffen;
- verstuikingen, verrekkingen, breuken en spierscheuringen ten gevolge van een plotse inspanning;
- bevriezing;
- verdrinking.

‘Persoon ten Laste’

De wettelijke echtgeno(o)t(e) (of wettelijke partner) en/of ongehuwde kinderen tot éénendertig (31) december van het jaar waarin ze achtentwintig (28) jaar worden, die financieel afhankelijk zijn van de Expat.

‘Planbeheerder en schadebeheerder’

VANBREDIA INTERNATIONAL NV Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, België. Postadres: Vanbreda International, postbus 69, 2140 Antwerpen, België, hierna de Planbeheerder genoemd.

‘Poliklinische Behandeling (Daghospitalisatie)’

Een Medische Behandeling in een ziekenhuis (hospitaal) of medisch centrum waarvoor geen overnachting in de zorgverlenende instelling vereist is.

‘Polishouder (Verzekeringnemer)’

De werkgever of de individuele Expat die de verzekering afsluit ten gunste van de Verzekerde(n), en die in naam van de Verzekerde(n) de gepaste premie moet betalen aan de Verzekeraar. De naam van de Verzekeringnemer wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

‘Redelijk en Gebruikelijk’

Medische kosten worden Redelijk en Gebruikelijk geacht als zij overeenstemmen met de kosten die doorgaans worden aangerekend voor een gelijkaardige dienst of prestatie en als zij niet hoger zijn dan de normale kosten die in de beste heersende omstandigheden worden aangerekend voor zulke dienst of prestatie op de plaats waar de dienst of prestatie wordt ontvangen. Indien er geen Gebruikelijke en heersende kosten kunnen worden bepaald omwille van de ongewone aard van de dienst of prestatie, dan zal de Planbeheerder in naam van de Verzekeraar bepalen in welke mate de kosten redelijk zijn, rekening houdend met:

- de complexiteit van de zaak;
- de mate van vereiste beroepsdeskundigheid;
- alle andere relevante factoren.

‘Salaris’

Het brutoSalaris (zonder aftrek van inkomstenbelasting) dat de Verzekerde ontvangt bij het begin van zijn/haar dekking. Het brutoSalaris omvat geen extralegale voordelen,

zoals bedrijfswagen, woonst, bonussen of overuren. In geval van arbeidsongeschiktheid, zal de Planbeheerder een officieel bewijs van Salaris opvragen. Voor zelfstandige ondernemers zal het Salaris berekend worden als het gemiddelde brutoSalaris over de drie jaren die voorafgingen aan de gebeurtenis die de oorzaak is van de Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid.

‘Specialist’

Een Arts die een diploma van een specialisatie heeft op het gebied van, of die vakkennis heeft over, de behandeling van de Ziekte of het Letsel

‘Standaard Eenpersoonskamer’

Een eenpersoonskamer (privékamer) is een kamer met één bed. Een ‘standaard’ eenpersoonskamer is de goedkoopste (gewone) eenpersoonskamer in een ziekenhuis (hospitaal).

‘Tandarts (of tandchirurg)’

Persoon die officieel gekwalificeerd en erkend is om tandheelkunde uit te oefenen in het land waar de tandbehandeling wordt ontvangen.

‘Verzekeraar’

De verzekeringsmaatschappij die de risico’s verzekert die door de verzekering worden gedekt, JUSTITIA N.V., Plantin en Moretuslei 301, 2140 Antwerpen, België.

‘Verzekerde’

De persoon die volledig of gedeeltelijk gedekt is door de verzekering en wiens naam vermeld wordt in de Bijzondere Voorwaarden.

‘Verzekeringsjaar’

Een periode van twaalf (12) maanden die begint op de datum waarop de dekking van de Verzekerde van kracht wordt.

‘Vruchtbaarheidsbehandeling’

De behandeling van onvruchtbaarheid (chirurgisch of door gebruik van IVF-procedures) en alle onderzoeksprocedures die noodzakelijk zijn om de oorzaak/oorzaken van de onvruchtbaarheid (bv. hysterosalpingografie, laparoscopie, hysteroscopie) vast te stellen.

‘Ziekenhuisopname (hospitalisatie)’

Opname in een ziekenhuis (hospitaal) waarbij de patiënt om medische redenen in het ziekenhuis (hospitaal) moet overnachten.

‘Ziekte’

Aantasting van de gezondheid die wordt bevestigd door een Dokter.

I-3. Toelatingscriteria voor de verzekering

3.1. Wie komt in aanmerking?

3.1.1. Individuele Expats

ExpatPlus kan worden afgesloten door individuele Expats (privépersonen) en hun Personen ten Laste¹ van wie het Thuisland en/of Gastland zich bevindt binnen de Europese Economische Ruimte.

3.1.2. Expat werknemers uitgezonden naar het buitenland in opdracht van hun werkgever

ExpatPlus kan worden afgesloten door alle werkgevers die zich bevinden in de Europese Economische Ruimte en die hun Expats (en hun Personen ten Laste)¹ met een buitenlandse opdracht buiten de grenzen van het Thuisland of hun gebruikelijke verblijfplaats willen verzekeren.

3.2. Toelating tot de verzekering

3.2.1. Individuele Expats (individuele verzekering)

Iedere Verzekerde (dus ook iedere Persoon ten Laste) moet een medische vragenlijst invullen die de kandidaat-Verzekerde(n) naar de raadsgeneesheer van de Planbeheerder moet(en) sturen op het moment van de aansluiting. De raadsgeneesheer kan gedeeltelijke of gehele uitsluitingen van dekking (weigeren van dekking) bepalen of, naar eigen goeddunken, bijkomende premies voorstellen om af te wijken van de uitsluitingen.

3.2.2. Expat werknemers (groepsverzekering)

- Bij verplichte aansluiting door de werkgever en indien het aantal aangesloten personeelsleden minder dan vijf (5) werknemers bedraagt:
Iedere werknemer moet een medische vragenlijst invullen voor zichzelf en voor elke Persoon ten Laste. De kandidaat-Verzekerde(n) moeten deze lijst voorleggen aan de raadsgeneesheer van de Planbeheerder. De raadsgeneesheer kan gedeeltelijke of gehele uitsluiting van dekking (weigeren

¹ Voor de definitie van ‘Personen ten Laste’: zie Art. I-2. van de Algemene Voorwaarden; de Internationale Medische Verzekering (met inbegrip van de Medische Evacuatie en Bijstand) en ook de verzekering Tandverzorging staan open voor de Personen ten Laste van de Verzekerde Expat, maar de dekking voor Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid en de dekking voor Blijvende Arbeidsongeschiktheid staan niet open voor de Personen ten Laste. De Ongevallenverzekering kan worden afgesloten voor de echtgenote/echtgenoot (of wettige partner) en voor volwassen kinderen (d.w.z. vanaf de leeftijd van achttien (18)) ten laste van de werknemer of de individuele Expat voor zover deze personen ook gedekt zijn door de Basisverzekering.

van dekking) bepalen of, naar eigen goeddunken, een bijkomende premie voorstellen om af te wijken van de uitsluitingen.

- Bij verplichte aansluiting door de werkgever voor een groep van vijf (5) of meer werknemers:
Er is geen gezondheidsverklaring nodig voor de Verzekering Medische Kosten, d.w.z. dat zowel de werknemers als hun Personen ten Laste onmiddellijk en volledig worden toegelaten tot de Internationale Medische Verzekering (met inbegrip van de verzekeringen voor Medische Evacuatie en Bijstand en Tandverzorging). Voor de aanvullende verzekeringen (Overlijden en Invaliditeit t.g.v. een Ongeval, Tijdelijke en Blijvende Arbeidsongeschiktheid) kan de Verzekeraar echter een gedeeltelijke of volledige uitsluiting van de verzekering definiëren, of, naar eigen goeddunken, bijkomende premies voorstellen om niet tot uitsluitingen te moeten overgaan.

3.3. Toevoeging van nieuwe Verzekerden aan de verzekering

- Toevoeging van een echtgeno(o)t(e)/wettelijke partner is mogelijk, binnen de bepalingen van Art. I-3.2. en op voorwaarde dat de aanvraag wordt ingediend binnen de maand volgend op de huwelijksdatum/datum van wettelijk samenwonen.
- Toevoeging van een pasgeboren baby of een geadopteerd kind is mogelijk, op voorwaarde dat de aanvraag wordt ingediend binnen de twee (2) maanden volgend op de geboorte of adoptie. Indien de aanvraag voor een pasgeborene niet wordt ingediend binnen de twee (2) maand, of indien het geadopteerd kind ouder is dan twee (2) maand op het tijdstip van de aanvraag, moet een medische vragenlijst worden ingevuld en opgestuurd naar de raadsgeneesheer van de Planbeheerder. De raadsgeneesheer kan een bijkomende premie tot honderdvijftig (150)% voorstellen om niet tot uitsluitingen te moeten overgaan. Premies voor pasgeboren baby's moeten vanaf de eerste maand van aansluiting worden betaald.

3.4. Leeftijdsgrenzen voor aansluiting

- voor individuele Expat's is de minimum- en maximumleeftijdsgrens voor aansluiting vastgesteld op achttien (18) respectievelijk zestig (60) jaar.
- voor Expat werknemers die verplicht zijn ingeschreven door hun werkgever is er geen specifieke leeftijdsgrens bepaald voor aansluiting tot de Internationale Medische Verzekering. Voor de andere verzekeringen wordt verwezen naar de specifieke hoofdstukken i.v.m. deze Aanvullende Verzekeringen.

3.5. Wijziging in dekkingsgraad en geografisch gebied

Verlaging en verhoging van de dekkingsgraad zijn mogelijk, maar enkel op de jaarlijkse hernieuwingsdatum. Bij een verhoging moet de medische vragenlijst opnieuw worden ingevuld (indien van toepassing op de oorspronkelijke datum van acceptatie).

Een wijziging van het geografische gebied (het territoriaal bereik) van de verzekering is altijd mogelijk in functie van het Land van Expatriëring. Het is echter niet mogelijk om slechts voor één kwartaal naar zone A over te gaan (met als doel een behandeling te ondergaan in de VS of Canada).

Een wijziging van de dekkingsgraad moet schriftelijk aangevraagd worden bij de Planbeheerder minstens één maand voor de hernieuwingsdatum. Een wijziging van het geografische gebied moet schriftelijk worden aangevraagd bij de Planbeheerder minstens één maand voor de aanvangsdatum van de wijziging van het Gastland.

3.6. Individuele voortzetting

Als een Expat werknemer, die gedurende minstens zes (6) maanden onder een ExpatPlus groepsdekking verzekerd was, besluit om de verzekering op individuele basis voort te zetten en verdere dekking aanvraagt vóór de afloop van zijn/haar dekking onder de groepsverzekering, moet er geen medische vragenlijst worden ingevuld en is er geen wachtperiode van toepassing. Art. I-3.4. en Art. I-3.5. blijven echter wel van toepassing.

I-4. Datum waarop de dekking in werking treedt

De verzekering treedt in werking op de dag die onmiddellijk volgt op de aanvaarding door de Planbeheerder van:

- het ingevulde aanvraagformulier; en
- de toelating door de medische adviseur van

de kandidaat-Verzekerde tot de verzekering, telkens wanneer zulke medische toelating vereist is volgens de specifieke toelatingscriteria en aanvaardingsregels van elke dekking, zoals beschreven in de diverse hoofdstukken van de Algemene Voorwaarden. De dekking kan echter niet in werking treden voordat de eerste premie naar behoren ontvangen is door de Planbeheerder in naam van de Verzekeraar.

Voor de toevoeging van nieuwe Verzekerden aan de verzekering, verwijzen wij naar Art. I-3.3. De verzekering treedt in werking op de dag die onmiddellijk volgt op de aanvaarding door de Planbeheerder van:

- het ingevulde aanvraagformulier; en
- de toelating door de medische adviseur van de kandidaat-Verzekerde tot de verzekering, telkens wanneer zulke medische toelating vereist is volgens de specifieke toelatingscriteria en aanvaardingsregels van elke dekking, zoals beschreven in de diverse hoofdstukken van de Algemene Voorwaarden.

De dekking kan echter niet in werking treden voordat de eerste premie naar behoren ontvangen is door de Planbeheerder in naam van de Verzekeraar.

I-5. Afkoelingsperiode

Als deze polis uitgeschreven is en de Verzekerde om welke reden dan ook beslist om de polis niet af te sluiten, kan de Verzekerde de polis naar de Planbeheerder terugsturen voor annulering op voorwaarde dat de Verzekerde een dergelijk verzoek om annulering aan de Planbeheerder aflevert binnen de vijftien (15) dagen vanaf de datum van levering van de polis. De Verzekeringnemer heeft recht op volledige terugbetaling van de betaalde premie, op voorwaarde dat er nog geen aanvragen tot terugbetaling van medische kosten werden ingediend.

I-6. Duurtijd en einde van de verzekering

6.1. Looptijd en hernieuwing van de polis

De looptijd van de verzekeringspolis is vastgesteld op drie (3) maanden, te beginnen vanaf de datum van inwerkingtreding van de dekking zoals bepaald in Art. I-4. hierboven, tenzij anders wordt overeengekomen door de partijen (Verzekeringnemer en Verzekeraar).

Aan het einde van die periode van drie maanden wordt de polis automatisch stilzwijgend hernieuwd voor achtereenvolgende periodes van telkens drie (3) maanden, tenzij anders overeengekomen door de partijen. Indien de datum van inwerkingtreding niet op de eerste (1e) dag van een kalenderkwartaal valt, zal de polis voor het eerst hernieuwd worden op de eerste (1e) dag van het volgende kalenderkwartaal.

6.2. Beëindiging van de polis

De polis kan door de Verzekeringnemer worden beëindigd door kennisgeving via een aangetekende brief die ten minste één (1) maand voor de hernieuwingsdatum van de polis bij de Verzekeraar toekomt.

De beëindiging van de verzekering Overlijden en Invaliditeit t.g.v. een Ongeval en/of de verzekering voor Tijdelijke en Blijvende Arbeidsongeschiktheid en/of de verzekering Tandverzorging, zal niet automatisch leiden tot de beëindiging van het basispakket tenzij dit door de Partijen anders werd overeengekomen (Polishouder en Verzekeraar).

6.3. Verzwaring van het risico

Behalve voor wijzigingen in de gezondheidstoestand van de Verzekerde die zich hebben voorgedaan na toelating tot de verzekering, is de Verzekerde verplicht om de Verzekeraar (via de Planbeheerder) te informeren over alle wijzigingen in omstandigheden of toestand die het risico van Ziekte of Ongeval kunnen verhogen (vb. gevaarlijke beroepsactiviteiten).

De Verzekeraar mag dan (binnen één (1) maand na ontvangst van kennisgeving van de verzwaring van het risico) nieuwe verzekeringsvoorwaarden voorstellen of de verzekeringsdekking annuleren (binnen één (1) maand) met terugwerkende kracht vanaf het ogenblik van aanvang van de verzwaring van het risico.

I-7. Opzegging van dekking

7.1. Voor de Verzekerde zal de verzekering automatisch worden beëindigd:

- als de premie (of een deel ervan) niet betaald is op de vervaldatum;
- als de Verzekerde een kind ten laste is, op éénendertig (31) december van het jaar waarin het kind de leeftijd van achtentwintig (28) jaar bereikt heeft, of wanneer het kind niet langer als ten laste kan beschouwd worden of vanaf de datum van huwelijk;
- als de Verzekerde de echtgeno(o)t(e) of partner is, op de datum van (wettelijke) scheiding of op de datum van de beëindiging van de samenlevingsovereenkomst;
- bij overlijden van de Verzekerde.

7.2. Schorsing van dekking en opzegging van de verzekering wegens niet betalen van de premie

Indien de Verzekeringnemer de premie niet betaalt op de vervaldatum, heeft de Verzekeraar het recht om de verzekeringspolis te schorsen of op te zeggen. De Verzekeraar zal de Verzekeringnemer eerst informeren door middel van een aangetekende brief waarin hij de Verzekeringnemer herinnert aan het bedrag van de te betalen premie en hem op de hoogte brengt van de gevolgen van het niet betalen daarvan. Indien de premie vervolgens niet betaald is binnen vijftien (15) dagen na afgifte of posten van de aangetekende

brief, dan wordt de verzekeringsdekking automatisch geschorst. Wanneer de Verzekeringnemer de verschuldigde premies, betaald heeft, wordt de schorsing opgeheven. De Verzekeraar mag de polis tijdens de schorsingsperiode opzeggen. In dat geval is de opzegging van kracht na afloop van een periode van vijftien (15) dagen die aanvangt op de eerste dag van de schorsing. Claims die tijdens de schorsingsperiode worden opgelopen, zijn niet gedekt.

I-8. Premie en premieverhoging

8.1. Premiebedrag en -betaling

Het bedrag van de verzekeringspremie wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden. De premie dient door de Verzekeringnemer elk kwartaal vooraf betaald te worden aan de Verzekeraar (via de Planbeheerder), tenzij anders overeengekomen door de Polishouder en de Verzekeraar. Belastingen en heffingen die door de toepasselijke wetgeving zijn vastgelegd, worden bij het premiebedrag gevoegd en dienen volledig te worden betaald door de Verzekeringnemer.

8.2. Premieverhoging

Indien de Verzekeraar het premiebedrag verhoogt, zal hij de Verzekeringnemer schriftelijk informeren over deze verhoging en hem de datum mededelen waarop de nieuwe premie van kracht wordt. Deze kennisgeving wordt uiterlijk op vijftien (15) november van het aflopende kalenderjaar schriftelijk naar de Verzekeringnemer verstuurd. De nieuwe premiebedragen worden van kracht vanaf de volgende hernieuwingsdatum, met ingang van of na 1 januari van het volgende kalenderjaar.

Indien de Verzekeringnemer niet akkoord gaat met de nieuwe premievoorwaarden, kan hij de polis beëindigen met een aangetekende brief aan de Verzekeraar, waarin hij mededeelt dat hij de polis opzegt, en die ten minste vijftien (15) dagen vóór de hernieuwingsdatum van zijn/haar polis toekomt bij de Verzekeraar of de Planbeheerder.

I-9. Terugkeer naar het Thuisland (land van herkomst)

Wanneer de Verzekerde naar zijn/haar land van herkomst terugkeert om er te gaan wonen en/of werken, zodat de periode van expatriëring in het buitenland een einde neemt, moet de Verzekerde of de Verzekeringnemer de Verzekeraar (via de Planbeheerder) schriftelijk op de hoogte brengen van de precieze datum van verhuizing naar het land van herkomst. De verzekering zal van kracht blijven tot het einde van het

lopende kwartaal en zal op die datum automatisch een einde nemen. De Verzekeringnemer kan echter - schriftelijk en vóór de beëindigingsdatum - een aanvraag indienen voor dekking gedurende een extra periode van drie maanden (zonder onderbreking van de dekking), aan de voorwaarden die geldig zijn op de eerste dag van deze extra periode van drie maanden. Tijdens deze periode kan de Verzekerde (of de Verzekeringnemer) een aanvraag indienen tot aansluiting bij een plaatselijk sociale-zekerheidsstelsel of uitkijken naar een andere privéverzekering. Indien de Verzekerde of de Verzekeringnemer de Verzekeraar niet inlicht over de terugkeer naar het land van herkomst, dan zal de Verzekeraar geen dekking meer verstrekken voor de duur van de terugkeer van de Verzekerde naar diens land van herkomst.

I-10. Munteenheid

De verzekering kan worden afgesloten in EUR, GBP, USD of CHF. De munteenheid moet (door de Verzekeringnemer) gekozen worden voordat de dekking in werking treedt. Premies en claims zijn betaalbaar in EUR, GBP, USD of CHF, afhankelijk van de munteenheid waarin de polis werd afgesloten.

Voor medische kosten opgelopen in een andere munteenheid dan die van de polis wordt de omrekening gebaseerd op de dagwisselkoers van de Europese Centrale Bank (ECB) die van kracht is op de datum waarop de medische dienstverlening werd gefactureerd.

De Planbeheerder mag medische facturen betalen in een andere munteenheid (dan die van de verzekeringspolis), nl. in de originele munteenheid, in het bijzonder indien het gaat om rechtstreekse betalingen aan ziekenhuizen in zover deze toegestaan zijn volgens de plaatselijke wetgeving van het betrokken land.

I-11. Algemene uitsluitingen

De dekking die in deze polis beschreven wordt geldt niet voor:

- gevolgen van een bewuste of opzettelijke handeling die door de Verzekerde of zijn/haar begunstigde wordt gesteld;
- gevolgen van gevaarlijke wedstrijden;
- gevolgen van opstand of rellen indien de Verzekerde of zijn/haar begunstigde door daaraan deel te nemen de toepasselijke wetgeving heeft overtreden;
- gevolgen van vechtpartijen, ruzies en alle soorten ordeverstoringen en de maatregelen die genomen worden om deze te bestrijden, behalve in het geval van zelfverdediging;

- gevolgen van de voorbereiding van of deelname aan misdaden of overtredingen van de wet;
- gevolgen van drugsverslaving en alcoholisme;
- rechtstreekse of onrechtstreekse gevolgen van handelingen die verband houden met wat doorgaans “nucleair risico” wordt genoemd. Deze uitsluiting is niet van toepassing op medische stralingen die nodig zijn bij gedekte Medische Behandelingen;
- gebeurtenissen die verband houden met weddenschappen of uitdagingen;
- kosten die voortvloeien uit wedstrijden met motorvoertuigen;
- vlieg risico: de verzekering dekt het gebruik, als passagier, van alle vliegtuigen, watervliegtuigen en helikopters die naar behoren gemachtigd zijn om personen te vervoeren, zolang de Verzekerde geen lid is van de bemanning en in de loop van de vlucht geen beroeps- of andere activiteit uitvoert die verband houdt met het vliegtuig of de vlucht. Deze uitsluiting is echter niet van toepassing op de Internationale Medische Verzekering en de verzekering Tandverzorging;
- gevolgen van oorlog of oorlogshandelingen, en terrorisme in de mate zoals in Art. I-12. wordt vermeld. Deze uitsluiting is echter niet van toepassing op de Internationale Medische Verzekering en de verzekering Tandverzorging.

Belangrijke opmerking

Voor de bijkomende specifieke uitsluitingen met betrekking tot de verschillende dekkingen van het ExpatPlus verzekeringsprogramma verwijzen we uitdrukkelijk naar de specifieke bepalingen van de verschillende dekkingstypes (zie Hoofdstuk II).

I-12. Oorlog en terrorisme

12.1. Definities

‘Oorlog’

- Oorlog is een al dan niet verklaard gewapend conflict tussen twee staten, een invasie of een staat van beleg.
- Onder oorlogshandelingen wordt verstaan: allerlei handelingen, het gebruik van militaire macht door een soevereine natie om bepaalde economische, geografische, nationalistische, politieke, raciale, religieuze of andere doelstellingen te verwezenlijken.
- Burgeroorlog is een gewapend conflict tussen twee of meer partijen die behoren tot dezelfde staat en waarvan de leden van verschillende etnische afkomst zijn of verschillende godsdiensten of ideologieën voorstaan.
- Onder burgeroorlogshandelingen wordt verstaan: een gewapende opstand, een revolutie, oproer, rebellie, een

staatsgreep, de gevolgen van de krijgswet en de sluiting van grenzen opgelegd door een regering of de territoriale overheden.

‘Terrorisme’

- Elk feitelijk gebruik van geweld of dreiging met gebruik van geweld met de bedoeling schade te berokkenen, Letsel toe te brengen, kwaad te doen of te verstoren, of daarin te slagen.
- Het stellen van een handeling die mensenlevens of bezittingen in gevaar brengt, tegenover een persoon, eigendom of regering, met de al dan niet vermelde doelstelling om economische, etnische, nationalistische, politieke, raciale of religieuze belangen na te streven, ongeacht of deze belangen werden uitgesproken of niet.
- Diefstal of andere criminele handelingen, die voornamelijk worden begaan om persoonlijk voordeel te behalen, en handelingen die vooral voortvloeien uit eerder bestaande persoonlijke relaties tussen de dader(s) en slachtoffer(s) ervan worden niet beschouwd als terroristische handelingen.
- Terrorismen omvat elke handeling die door de (betrokken) regering wordt beschouwd of bevestigd als zijnde een terroristische handeling.

Alle gevolgen van actieve deelname van de Verzekerde (en/of zijn/haar Verzekerde Personen ten Laste) aan oorlogshandelingen en terroristische handelingen zijn uitdrukkelijk van dekking uitgesloten. Indien de Verzekerde het slachtoffer is van oorlogshandelingen en terrorisme zonder dat de Verzekerde of zijn/haar begunstigen actief betrokken zijn bij deze handelingen, dan is de Verzekerde gedekt binnen de limieten en plafonds van de dekking.

De verzekeringsdekking geldt echter niet wanneer de Verzekerde (of de Verzekerde personen ten laste) op reis was naar of van, of verbleef in een land of streek in een land dat algemeen bekend staat als een land dat in oorlog is of waar een burgeroorlog woedt op het ogenblik dat de schade (lichamelijk Letsel of dood) aan de Verzekerde of zijn/haar Verzekerde Personen ten Laste zich voordeed. In het geval van een geschil betreffende het feit of bekend is dat een gegeven land zich in staat van oorlog of burgeroorlog bevindt, beslist de lijst met landen (of delen van landen) waarvoor de UK Foreign and Commonwealth Office (FCO) het advies geeft om er niet naartoe te reizen (“against all travel”) zoals deze gepubliceerd staat op de officiële website van het FCO (www.fco.gov.uk).

In het geval dat de Verzekerde in het buitenland wordt verrast door het plotse voorkomen van een nieuwe (uitbraak van) oorlog of oorlogstoestanden en -handelingen, dan blijft de verzekeringsdekking geldig gedurende veertien (14) dagen vanaf het begin van de vijandelijkheden.

I-13. Regeling van geschillen

13.1. Niet-medische geschillen

13.1.1. Regeling te goeder trouw/Alternatieve geschillenregeling

Vooraleer hun toevlucht te nemen tot arbitrage, zullen de partijen trachten om alle geschillen of onenigheden die tussen hen ontstaan uit of in verband met deze verzekeringspolis te regelen via onderhandelingen te goeder trouw tussen hen beiden. Indien deze onderhandelingen mislukken, mogen de partijen, indien zij dit overeenkomen, trachten om deze geschillen of onenigheden op te lossen door middel van een procedure die bekend staat als de Alternatieve geschillenregeling (d.w.z. bemiddeling, verzoening, beslissing van een expert of mini-trial).

13.1.2. Arbitrage

Alle geschillen die voortvloeien uit of in verband staan met deze verzekeringspolis, en die de partijen niet binnen een redelijke termijn kunnen regelen via een gezamenlijk akkoord of volgens de bepalingen van bovenstaande paragraaf, kunnen uiteindelijk worden geregeld volgens de arbitrageregels van het CEPINA (Belgisch Centrum voor Arbitrage en Mediatie) en wel door een of meer arbiters die in overeenstemming met deze regels worden aangesteld. Voor de arbitrage zijn de rechtbanken van Antwerpen (België) bevoegd. Deze overeenkomst wordt geregeld door de Belgische wetgeving.

De arbitrageprocedure wordt in gang gezet door middel van een aangetekende brief die door de eiser aan de andere partij gericht is. Deze brief vermeldt het onderwerp van het geschil en bevat alle relevante documentatie en ondersteunende bewijsstukken om de eis te rechtvaardigen. Binnen dertig (30) dagen na ontvangst van deze brief of na een langere periode die de partijen onderling overeenkomen, wordt het geschil ter arbitrage voorgelegd aan CEPINA. De kosten voor de arbitrage worden gezamenlijk door de partijen gedragen, waarbij ze elk vijftig procent van de totale kosten voor hun rekening nemen.

De arbitragekosten omvatten niet de kosten voor de verdediging of de honoraria van de raadslieden van de partijen. Deze kosten blijven voor rekening van elke partij afzonderlijk.

13.2. Medische geschillen

In het geval dat een Verzekerde niet akkoord gaat met de beslissingen van de medische adviseur, kan hij/zij een beroep doen op zijn/haar eigen behandelende Arts om hem/haar bij te staan, en beide Dokters, die van de Verzekeraar en die van de Verzekerde, zullen trachten om een akkoord te bereiken over de kwestie. Indien de Dokters geen akkoord bereiken, kunnen zij gezamenlijk een derde Arts aanstellen om het geschil te regelen. Indien beide Dokters niet tot een akkoord komen over

de keuze van een derde Arts, dan wordt deze aangesteld door de voorzitter van de Orde van Geneesheren/Provinciale Raad van Antwerpen in België. Elke partij dient de honoraria van haar eigen Dokter te betalen. De honoraria van de derde Arts worden door elk van de partijen voor de helft betaald.

I-14. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De verzekeringspolis is onderworpen aan de Belgische wet van 1992 op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Deze wet is van toepassing op alle persoonsgegevens die in verband met deze verzekeringspolis worden verwerkt. De Verzekeraar en Planbeheerder zullen voldoende garanties verstrekken met betrekking tot de technische en organisatorische maatregelen die de gegevensverwerking regelen, en zullen daarom technische en organisatorische maatregelen nemen ter bescherming tegen de onbevoegde of onwettige verwerking van die gegevens en tegen onvoorzien verlies of vernietiging of schade aan die gegevens. Ze zullen de volgende verplichtingen nakomen:

- de persoonsgegevens uitsluitend verwerken voor de uitvoering van deze verzekeringspolis en voor de doeleinden waarvoor deze gegevens zijn overgemaakt aan de Verzekeraar of de Planbeheerder;
- ervoor zorgen dat de toegang tot de gegevens en de mogelijkheden om ze te verwerken voor de personen die in hun opdracht handelen beperkt zijn tot wat noodzakelijk is voor de vervulling van hun plichten en voor de vereisten van de service die het onderwerp uitmaakt van deze verzekeringspolis;
- uitsluitend persoonsgegevens bekendmaken aan derden in de mate dat die bekendmaking nodig is om de diensten te kunnen verstrekken die door de verzekeringspolis worden gedekt.

I-15. Subrogatie

De Verzekeraar heeft de volle subrogatierechten voor alle uitkeringen die worden uitbetaald in het kader van deze verzekeringspolis. Wanneer de Verzekerde wordt verzocht om dit recht aan de Verzekeraar te bevestigen om de Verzekeraar te helpen om van een derde partij een bedrag terug te vorderen dat door de Verzekeraar aan de Verzekerde betaald is of betaald zal worden of kosten die gemaakt zijn in naam van de Verzekerde, dan is de Verzekerde verplicht om deze bevestiging schriftelijk aan de Verzekeraar te verstrekken.

I-16. Exceptie

Elke exceptie die inherent is aan het verzekeringscontract en die de Verzekeraar kan opwerpen tegen de Verzekeringnemer kan eveneens worden opgeworpen tegen de Verzekerde, ongeacht wie hij/zij is.

I-17. Klachtenprocedure

Indien een Verzekerde een klacht heeft over de kwaliteit van de service die hem volgens deze verzekeringspolis wordt verstrekt, dan kan hij de volgende procedure aanwenden om de situatie recht te zetten:

- In eerste instantie dient de Verzekerde te schrijven naar:
Head of the ExpatPlus Claims Unit, Vanbreda International,
P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, België.
- Indien de kwestie niet tot zijn/haar tevredenheid is opgelost, kan de Verzekerde schrijven naar:
Chief Executive Officer, Vanbreda International, P.O. Box 69,
2140 Antwerpen, België.
- Indien de kwestie niet tot zijn/haar tevredenheid is opgelost, kan de Verzekeringnemer schrijven naar het Financieel Bemiddelingsbureau (zie Belangrijke Informatie pagina 3).

I-18. Toepasselijke wetgeving

Deze verzekeringspolis werd afgesloten volgens de Belgische wetgeving en wordt geregeld door de bepalingen daarvan.

BASISPAKKET

Dit overzicht is een samenvatting van de vergoedingen. Voor volledige informatie over de vergoedingen, raadpleegt u de Algemene Voorwaarden. De hieronder vermelde vergoedingen zijn uitgedrukt per Verzekerde per Verzekeringsjaar, tenzij anders vermeld.

VERGOEDINGENOVERZICHT - Internationale Medische Verzekering

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Maximale vergoeding per verzekerde en per verzekeringsjaar	€ 1.000.000 £ 650.000 \$ 1.250.000 CHF 1.500.000	€ 1.500.000 £ 1.000.000 \$ 1.875.000 CHF 2.250.000	€ 3.000.000 £ 2.000.000 \$ 3.750.000 CHF 4.500.000
Verzekeringsgebied	Zone A: Wereldwijd Zone B: Wereldwijd exclusief VS & Canada ¹		
Eigen Risico Niet-Klinische Medische Behandelingen per verzekerde en per verzekeringsjaar	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450 € 500 - £ 325 - \$ 625 - CHF 750 € 1.000 - £ 650 - \$ 1.250 - CHF 1.500

1. Ziekenhuisopname (dagziekenhuis en met overnachting in het ziekenhuis)

Kamer & verblijf (kennisgeving vooraf is altijd vereist)	100% kamer met twee bedden of 80% standaard éénpersoonskamer	100% standaard éénpersoonskamer	100% standaard éénpersoonskamer
Artsenhonoraria (chirurg, anesthesist)	100%	100%	100%
Medische kosten verbonden aan de ziekenhuisopname (medische beeldvorming, geneesmiddelen en verbanden, gebruik van operatiezaal)	100%	100%	100%
Verblijf in Intensive Care (IC)	100%	100%	100%
Herstel en rehabilitatie (verblijf en zorg) (indien verblijf volgt onmiddellijk na ziekenhuisopname)	Niet vergoed	Niet vergoed	100% (max. 28 dagen)
Verblijfskosten ouders voor kind < 16	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250

2. Niet-Klinische Medische Behandelingen (Ambulante Zorgen)

Honoraria artsen (huisarts, specialist)	80%	90%	100%
Diagnostische tests, labotests, medische beeldvorming (x-ray, MRI- en CT-scans)	80%	90%	100%
Geneesmiddelen op voorschrift	80%	90%	100%
Fysiotherapie (kinesitherapie)	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Preventieve onderzoeken • Routineonderzoek (check-up) • Oogonderzoek • Mammogram • Uitstrijkje • PSA-test • Vaccinaties	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900	100% max. € 800 100% max. £ 535 100% max. \$ 1.000 100% max. CHF 1.200	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500
Alternatieve geneeswijzen zoals homeopathie, acupunctuur, chiropractie en osteopathie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Therapieën • Ergotherapie • Logopedie en spraaktherapie • Psychiatrische ambulante zorg	Niet vergoed	50% max. € 1.000 50% max. £ 650 50% max. \$ 1.250 50% max. CHF 1.500	50% max. € 2.000 50% max. £ 1.300 50% max. \$ 2.500 50% max. CHF 3.000

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
3. Overige Medische Behandelingen			
Zwangerschap en bevalling (wachtperiode van 10 maanden van toepassing) ²			
• Zwangerschap	Vergoeding volgens type Niet-Klinische Medische Behandelingen	Vergoeding volgens type Niet-Klinische Medische Behandelingen	Vergoeding volgens type Niet-Klinische Medische Behandelingen
• Infertiliteit en sterilisatie (IVF, ICSI, AI en andere gelijkaardige behandelingen) (limiet per levensduur)	Niet vergoed	Niet vergoed	100% max. € 16.800 (4x € 4.200) 100% max. £ 11.200 (4x £ 2.800) 100% max. \$ 21.000 (4x \$ 5.250) 100% max. CHF 25.200 (4x CHF 6.300)
• Bevalling (zonder complicaties)	80% max. € 5.000 80% max. £ 3.250 80% max. \$ 6.250 80% max. CHF 7.500 (100% indien thuisbevalling)	100% max. € 7.500 100% max. £ 5.000 100% max. \$ 9.375 100% max. CHF 11.250	100% max. € 10.000 100% max. £ 6.500 100% max. \$ 12.500 100% max. CHF 15.000
• Bevalling (met complicaties)	zie 1. Ziekenhuisopname	zie 1. Ziekenhuisopname	zie 1. Ziekenhuisopname
Oncologie (met uitzondering van alle experimentele behandelingen)	100%	100%	100%
• Hospitalisatie en chemo- of radiotherapie	zie 2. Niet-Klinische Medische Behandelingen	zie 2. Niet-Klinische Medische Behandelingen	zie 2. Niet-Klinische Medische Behandelingen
• Andere kosten	zie 2. Niet-Klinische Medische Behandelingen	zie 2. Niet-Klinische Medische Behandelingen	zie 2. Niet-Klinische Medische Behandelingen
Chronische en voorafbestaande aandoeningen ³	Vergoed	Vergoed	Vergoed
AIDS/HIV-behandeling			
• Ziekenhuisopname	100%	100%	100%
• Niet-Klinische Medische Behandelingen	80%	90%	100%
Thuisverpleging	80% max. € 160 /dag 80% max. £ 110 /dag 80% max. \$ 200 /dag 80% max. CHF 240 /dag (max. 60 dagen)	90% max. € 180 /dag 90% max. £ 120 /dag 90% max. \$ 225 /dag 90% max. CHF 270 /dag (max. 60 dagen)	100% max. € 200 /dag 100% max. £ 135 /dag 100% max. \$ 250 /dag 100% max. CHF 300 /dag (max. 100 dagen)
Orgaantransplantatie (kosten voor de donor zijn uitgesloten – kennisgeving vooraf is vereist)	100% max. € 100.000 100% max. £ 65.000 100% max. \$ 125.000 100% max. CHF 150.000	100% max. € 125.000 100% max. £ 83.500 100% max. \$ 156.250 100% max. CHF 187.500	100% max. € 150.000 100% max. £ 100.000 100% max. \$ 187.500 100% max. CHF 225.000
Nierdialyse (met uitzondering van alle experimentele behandelingen)	100%	100%	100%
Lokale ambulance (naar dichtstbijzijnd ziekenhuis)	100% max. € 1.500 100% max. £ 975 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 3.000 100% max. £ 1.950 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500	100% max. € 4.500 100% max. £ 3.000 100% max. \$ 5.625 100% max. CHF 6.750
Tandheelkundige zorgen ten gevolge van een ongeval			
• Tandheelkundige noodbehandeling	100% max. € 750 100% max. £ 500 100% max. \$ 937,50 100% max. CHF 1.125	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500	100% max. € 1.250 100% max. £ 850 100% max. \$ 1.562,50 100% max. CHF 1.875
• Tandchirurgie	100% max. € 2.000 100% max. £ 1.300 100% max. \$ 2.500 100% max. CHF 3.000	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500

2 Voor particulieren en bedrijven met minder dan 5 expats.

3 De acceptatie van uw dossier is onderworpen aan een medische vragenlijst en het advies van een raadsgeneesheer. Geen medische selectie voor bedrijven met meer dan 5 expats is mogelijk. Chronische en voorafbestaande aandoeningen worden vergoed op grond van de maximale vergoedingen van uw gekozen dekking indien goedgekeurd door de raadsgeneesheer op het tijdstip van uw acceptatie.

VERGOEDINGENOVERZICHT - Internationale Medische Verzekering

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Psychiatrische zorgen			
• Ziekenhuisopname	Niet vergoed	90% max. € 10.000 90% max. £ 6.500 90% max. \$ 12.500 90% max. CHF 15.000	100% max. € 20.000 100% max. £ 13.500 100% max. \$ 25.000 100% max. CHF 30.000
• Niet-Klinische Medische Behandelingen	zie 2. Niet-Klinische Medische Behandelingen: Therapieën	zie 2. Niet-Klinische Medische Behandelingen: Therapieën	zie 2. Niet-Klinische Medische Behandelingen: Therapieën
Optiek (brillenglazen, brilmonturen, contactlenzen)	80% max. € 100 80% max. £ 65 80% max. \$ 125 80% max. CHF 150	90% max. € 200 90% max. £ 135 90% max. \$ 250 90% max. CHF 300	100% max. € 300 100% max. £ 200 100% max. \$ 375 100% max. CHF 450
Medische hulpmiddelen (hoorapparaten en orthopedische hulpmiddelen)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	90% max. € 2.500 90% max. £ 1.650 90% max. \$ 3.125 90% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500

II-1. Internationale Medische Verzekering

1.1. Doel van de Internationale Medische Verzekering

De Internationale Medische Verzekering betaalt - tot de limieten die in deze Algemene Voorwaarden worden bepaald - de Redelijke en Gebruikelijke kosten terug van Ambulante medische zorgen en Ziekenhuisopnames, op voorwaarde dat deze kosten werden opgelopen omwille van Ziekte, Ongeval of zwangerschap.

1.2. Toelatingscriteria voor de Internationale Medische Verzekering

Inzake de toelatingscriteria en aanvaardingsregels voor de verzekering verwijzen wij naar de voorwaarden die worden uiteengezet in Art. I-3.

1.3. Niveaus van medische dekking

Voor de Internationale Medische Verzekering zijn er drie verschillende niveaus van dekking:

- Niveau 1 = 'Globe'
- Niveau 2 = 'Orbit'
- Niveau 3 = 'Universe'

Het niveau dat de Verzekeringnemer heeft gekozen staat vermeld in de Bijzondere Voorwaarden van de verzekeringspolis. Elk niveau stemt overeen met een bepaald uitkeringstarief waarvan de details worden vermeld in het Vergoedingenoverzicht. Voor wijzigingen van het dekkingsniveau, verwijzen wij naar Art. I-3.5..

1.4. Territoriaal bereik van de verzekering

Voor de Internationale Medische Verzekering en de facultatieve verzekering voor Tandverzorging, kan de Verzekeringnemer kiezen uit twee (2) geografische dekkingsgebieden:

- Wereldwijde dekking
- Wereldwijde dekking met uitzondering van medische kosten opgelopen in de Verenigde Staten van Amerika (VS) en in Canada. Tijdens zakenreizen en vakanties echter, die in totaal niet langer duren dan negentig (90) dagen per Verzekeringjaar, zijn medische kosten opgelopen in de VS of Canada als een rechtstreeks gevolg van een Ongeval of een Medisch Spoedgeval (Art. I-1.2.) gedekt tot de limieten van de polis. Indien de betrokken medische toestand reeds bestond vóór de reis naar de VS of Canada of de reden was van de reis, dan worden de medische kosten niet gedekt. Kosten in verband met zwangerschap (en zwangerschapscomplicaties) en/of bevalling worden niet beschouwd als kosten voor een Ongeval of een spoedgeval en worden daarom niet gedekt.

1.5. Vergoedingen

1.5.1. Definities

Wij verwijzen naar Art. I-2.

1.5.2. Beschrijving van de vergoedingen

De medische kosten die In Aanmerking komen voor terugbetaling, en welke onderworpen zijn aan de uitsluitingen, limieten en plafonds die in deze polis worden vermeld, zijn opgenomen in het Vergoedingenoverzicht. De Internationale Medische Verzekering vergoedt de Redelijke en

Gebruikelijke kosten, zowel voor Ambulante Behandelingen als voor Ziekenhuisopnames, op voorwaarde dat deze kosten werden opgelopen omwille van Ziekte, Ongeval of zwangerschap.

Bovendien moeten behandelingen en procedures, willen ze voor terugbetaling In Aanmerking komen, Medisch Noodzakelijk en gepast zijn (in overeenstemming met de diagnose die door een Dokter werd gesteld). Ze moeten voorgeschreven zijn door een Dokter en uitgevoerd zijn door een Dokter of door een daartoe wettelijk gemachtigde medische zorgverlener die beschikt over de nodige kwalificaties. De terugbetalingplafonds (d.w.z. de maximale vergoedingsbedragen) voor bepaalde types van medische zorgverlening zijn - tenzij anders aangegeven in het Vergoedingenoverzicht -altijd van toepassing per Verzekerde en per Verzekeringsjaar. Dit betekent dat elk plafond van toepassing is voor een twaalfmaandelijke termijn van ononderbroken dekking, te beginnen op de datum waarop de dekking van de Verzekerde in werking treedt.

1.5.2.1 Behandeling als intern verpleegd patiënt

Voorafgaande kennisgeving zoals vermeld in Art. II-1.6. hieronder is altijd vereist behalve bij een spoedgeval. Het niet naleven van de voorafgaande kennisgevingsverplichting zal leiden tot een vermindering van de vergoeding met vijfentwintig (25)%.

Ziekenhuiskamer (hospitaalkamer) en maaltijden

De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke Kosten voor ziekenhuiskamer (hospitaalkamer) en -maaltijden. Het bedrag van de vergoeding zal gelijk zijn aan de effectieve kosten gemaakt door het Ziekenhuis (hospitaal) tijdens het verblijf van de Verzekerde maar de vergoeding zal in geen geval hoger zijn dan het standaardtarief voor een privé-kamer voor één (1) dag.

Intensive Care Unit

De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke Kosten voor de betreffende kamer en maaltijden, zoals aangegaan tijdens het verblijf als intern verpleegd patiënt in de Intensive Care Unit van het Ziekenhuis (hospitaal). Deze vergoeding zal gelijk zijn aan de effectieve kosten gemaakt door het Ziekenhuis (hospitaal). Er zal geen vergoeding voor Ziekenhuis (hospitaal)kamer en -maaltijden worden betaald voor dezelfde verblijfsperiode waarin de dagvergoeding voor de Intensive Care Unit betaalbaar is.

Honoraria van Artsen

- Honoraria voor chirurgische ingrepen

De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke Kosten voor een chirurgische ingreep door Specialisten, maar binnen de maximale vergoeding aangeduid in het Vergoedingenoverzicht. Indien er meer dan één (1)

chirurgische ingreep wordt uitgevoerd voor een en dezelfde Invaliditeit, zal het totaal betaalde bedrag voor alle uitgevoerde chirurgische ingrepen niet hoger zijn dan de maximale vergoeding vermeld in het Vergoedingenoverzicht.

- Honoraria voor Anesthesist

De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke Kosten gemaakt door de Anesthesist voor de toediening van anesthesie maar niet hoger dan de limieten opgenomen in het Vergoedingenoverzicht.

Andere medische kosten

- Operatiezaal

De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke Kosten voor de operatie- en herstelkamer in het kader van een chirurgische procedure.

- Ziekenhuisleveringen (Hospitaalleveringen) en -diensten

De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke Kosten effectief aangegaan voor de algemene verzorging, voorgeschreven en geconsumeerde geneesmiddelen, verbanden, spalken, gipsverbanden, medische beeldvorming (röntgenfoto's, CT, MRI, enz.), medische hulpmiddelen, laboratoriumonderzoeken, electrocardiogrammen, fysiotherapie, logopedische behandeling, spraaktherapie, bezigheidstherapie en ergotherapie.

Verblijf van ouders

De vergoeding tot aan de limieten opgenomen in het Vergoedingenoverzicht de kosten voor maaltijden en verblijf om een kind ten laste van de Verzekerde jonger dan zestien (16) jaar in het ziekenhuis (hospitaal) te vergezellen.

Vergoeding voor kleine ziekenhuiskosten (hospitaalkosten)

De vergoeding voor kleine ziekenhuiskosten (hospitaalkosten) is de dagelijkse uitkering, alleen wanneer kamer, maaltijden en behandeling kosteloos worden ontvangen. De vergoeding bedraagt maximum 75 EUR/ 50 GBP/93,75 USD/112,50 CHF per nacht (Globe) of 100 EUR/65 GBP/125 USD/150 CHF per nacht (voor Orbit en Universe), met een limiet van 60 nachten.

Herstel en revalidatie

Herstel- en revalidatierust/-verzorging (in een erkend centrum en wanneer de opname medisch gemotiveerd is) wordt gedekt wanneer de opname onmiddellijk (binnen de vijf (5) dagen) volgt op een Ziekenhuisopname voor een Ziekte of chirurgische ingreep en met een maximale duur van achtentwintig (28) dagen.

1.5.2.2 Ambulante Behandeling

De vergoeding van de terugbetaling van de effectieve kosten gemaakt voor de Ambulante Behandeling van patiënten, onderworpen aan de individuele limieten opgenomen in het Vergoedingenoverzicht (indien van toepassing).

Artsenhonoraria

Consultatie bij een officieel erkende HuisArts, GezinsArts, Specialist ingevolge gewone Ziektes en lichamelijke Letsels waarbij Ziekenhuisopname niet vereist is.

Diagnostische tests

De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke Kosten voor tests (ECG, röntgenfoto's, laboratoriumtests, enz.) die worden uitgevoerd voor diagnostische doeleinden als gevolg van een Letsel of Ziekte binnen de limieten opgenomen in het Vergoedingenoverzicht en aanbevolen door een gekwalificeerde Arts.

Voorgescreven geneesmiddelen

Alleen geneesmiddelen voorgeschreven door een Arts en niet verkrijgbaar zonder voorschrift kunnen terugbetaald worden. OTC ('over-the-counter' – vrij verkrijgbare) geneesmiddelen komen niet in aanmerking voor terugbetaling, evenmin als lifestyleproducten, dieetproducten, vitamines, voedingssupplementen, enz. Voor vaccins gelden de bijzondere bepalingen van 'Vergoedingen voor preventieve zorgen en wellness'.

Vergoeding voor preventieve zorgen en wellness

- kinderverzorging;
- vaccinaties (volwassenen en kinderen);
- één lichamenlijk onderzoek van een volwassene per Verzekeringjaar (check-up);
- één routine oogtest per Verzekeringjaar;
- één (bilateraal) mammogram per Verzekeringjaar voor Verzekerde vrouwen vanaf de leeftijd van vijfendertig (35) jaar;
- één uitstrijkje per Verzekeringjaar voor Verzekerde vrouwen vanaf de leeftijd van vijfendertig (35) jaar;
- één PSA-test per Verzekeringjaar voor Verzekerde mannen vanaf de leeftijd van vijftig (50) jaar.

Fysiotherapie

Fysiotherapie voorgeschreven door een Arts, met inbegrip van de 'Mensendieck' fysiotherapie, wordt gedekt op voorwaarde dat het medische voorschrift duidelijk de behoefte voor deze specifieke vorm van fysiotherapie vermeldt en op voorwaarde dat de zorgverlener een gecertificeerd fysiotherapeut is.

Behandelingen uitgevoerd door Alternatieve (Complementaire) Medische Zorgverleners

- chiropractor
- osteopaat
- acupuncturist
- homeopaat

Deze behandelingen moeten voorgeschreven zijn door een Arts.

1.5.2.3 Andere Medische Behandelingen

Deze dekkingen voorzien in de terugbetaling van de effectief gemaakte kosten, onderworpen aan de specifieke globale jaarlimieten per Verzekerde en per Verzekeringjaar, voor:

Zwangerschap

De kosten worden vergoed volgens het type van Ambulante Behandeling.

Bevalling

Het verzekerde bedrag is inclusief de vergoedingen voor Artsenhonoraria, ziekenhuis(hospitaal)verblijf en andere gerelateerde medische kosten gemaakt tijdens een ziekenhuis(hospitaal)verblijf. Facultatieve keizersneden worden uitgesloten van de dekking.

Indien een keizersnede echter Medisch Noodzakelijk is, wordt deze terugbetaald volgens de voorwaarden voor behandeling als intern verpleegd patiënt. Alle andere bevallingen met complicaties vallen onder diezelfde regeling.

Vruchtbaarheidsbehandeling

- Diagnose van onvruchtbaarheid

Onderzoeksprocedures noodzakelijk om de oorzaak voor de onvruchtbaarheid vast te stellen.

- Behandeling van onvruchtbaarheid

De kosten verbonden aan de behandeling van onvruchtbaarheid worden gedekt voor intern verpleegde en Ambulant verzorgde patiënten mits aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- het moet gaan om een primaire onvruchtbaarheid;
- maximaal vier (4) pogingen per vrouwelijke Verzekerde worden gedekt voor de hele levensduur;
- maximaal 4.200 EUR/2.800 GBP/5.250 USD/6.300 CHF per poging;
- maximumleeftijd van de vrouwelijke Verzekerde is veertig (40) jaar;
- de kosten verbonden aan de sperma-/eiceldonatie worden niet gedekt;
- de kosten verbonden aan een surrogaatmoeder worden niet gedekt.
- voorafgaand akkoord van de raadsgeneesheer is altijd vereist.

- Kosten verbonden aan sterilisatie
Eén sterilisatie per Verzekerde voor de hele levensduur.
- Plafond
Voor de kosten voor kunstmatige inseminatie (AI) en andere gelijkaardige behandelingen is er geen maximaal aantal pogingen.
- Wachtperiode
Er geldt een wachtperiode van tien (10) maanden voor alle medische kosten gerelateerd aan Zwangerschap, Bevalling en Vruchtbaarheidsbehandeling, wat betekent dat alleen kosten gemaakt vanaf de elfde (11e) maand na de aanvaarding van de verzekering in aanmerking komen voor terugbetaling. Van deze wachtperiode kan afgezien worden voor groepen wanneer de Verzekerde op het ogenblik van de overstap naar deze verzekering al een gelijkaardige verzekering genoot. Een dergelijke afstand is enkel geldig indien dit specifiek wordt opgenomen in de Bijzondere Voorwaarden van de betrokken groepspolis.

Oncologie

Als bij een Verzekerde de diagnose van kanker wordt gesteld, zal de Verzekeraar de Verzekerde vergoeden voor de Redelijke en Gebruikelijke Kosten gemaakt voor de behandeling van kanker uitgevoerd in een officieel erkend kankerbehandelingscentrum en onderworpen aan de limiet van zijn dekking zoals opgenomen in het Vergoedingenoverzicht. Een dergelijke behandeling (d.w.z. radiotherapie of chemotherapie met uitsluiting van een experimentele behandeling, consultaties, onderzoekstests) moet worden ontvangen als een intern verpleegd of Ambulant patiënt van een Ziekenhuis (hospitaal) of een erkend kankerbehandelingscentrum onmiddellijk volgend op de diagnose of het ontslag uit het Ziekenhuis (hospitaal) of na een chirurgische ingreep.

Kanker wordt gedefinieerd als de oncontroleerbare groei of verspreiding van kwaadaardige cellen en de invasie en destructie van normaal weefsel waarvoor een sterk intervenerende behandeling of Chirurgie (met uitsluiting van endoscopische procedures alleen) noodzakelijk wordt beschouwd. Kanker moet bevestigd worden door histologisch bewijs van de kwaadaardige tumor.

Organtransplantatie

De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke kosten gemaakt voor transplantatie Chirurgie voor de Verzekerde, zijnde de ontvanger van het transplantaat of een orgaan. De betaling van deze vergoeding is van toepassing zolang de polis loopt en zal onderworpen zijn aan de limiet zoals opgenomen in het Vergoedingenoverzicht. Het verzekerde

bedrag is inclusief Artsenhonoraria, ziekenhuis(hospitaal) verblijf (standaard privékamer) en andere gerelateerde medische kosten tijdens de ziekenhuis(hospitaal)opname.

De voorafgaande goedkeuring van de raadsgeneesheer van de Planbeheerder is altijd vereist. De volgende kosten zijn uitgesloten van de dekking:

- kosten gerelateerd aan het zoeken naar een donor;
- kosten voor de verwerving van het orgaan (indien er een prijs wordt gevraagd voor het orgaan);
- kosten gemaakt voor de verwijdering van het orgaan van de donor.

Nierdialyse

Als bij een Verzekerde de diagnose wordt gesteld van een nierinsufficiëntie, zoals hieronder gedefinieerd, zal de Verzekeraar de Redelijke en Gebruikelijke kosten vergoeden die gemaakt worden voor de nierdialysebehandeling uitgevoerd in een ziekenhuis (hospitaal) of een officieel erkend dialysecentrum, dit tot aan de limiet zoals opgenomen in het Vergoedingenoverzicht. Een dergelijke behandeling (dialyse met uitsluiting van consultatie, onderzoekstests) moet worden ontvangen als een intern verpleegd of Ambulant patiënt. Nierinsufficiëntie betekent het eindstadium van een nieraandoening in de vorm van een chronisch en onherstelbaar onvermogen van de beide nieren om te functioneren, als gevolg waarvan een nierdialyse wordt opgestart. Alle experimentele behandelingen zijn uitgesloten van de dekking.

Medische hulpmiddelen

De vergoeding van de kosten voor hoorapparaten, orthopedische toestellen en kousen, kunstledematen, rolstoel, enz.

Lokale ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis

De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke kosten gemaakt voor de noodzakelijke ambulancediensten van thuis uit (met inbegrip van begeleider) naar en van het ziekenhuis (hospitaal). Er zal geen vergoeding worden betaald als de Verzekerde niet opgenomen (gehospitaliseerd) wordt en de vergoeding is ook onderworpen aan de maximumlimiet opgenomen in het Vergoedingenoverzicht.

Psychiatrische zorg

Ambulante psychiatrische zorg wordt enkel vergoed indien voorgeschreven en gegeven door een Arts. Het verzekerde bedrag is inclusief de honoraria van Artsen en/of de (behandelingshonoraria van) de behandelende Dokter maar niet inclusief geneesmiddelen. Geneesmiddelen worden gedekt volgens de bepalingen inzake Voorgeschreven Geneesmiddelen. Volgende medische kosten zullen onder

hetzelfde plafond als dat van psychiatrische zorg gerekend worden: ergotherapie, logopedie en/of spraaktherapie, arbeidstherapie.

Tandverzorging na een Ongeval

TandChirurgie wordt enkel gedekt indien dit nodig is voor het herstellen van de schade aan de natuurlijke tanden veroorzaakt door een Ongeval.

1.6. Vereiste van voorafgaande kennisgeving

Alle Ziekenhuisopnames (met uitzondering van spoedeisende opnames), evenals Ambulante Chirurgie en Poliklinische Behandeling (Daghospitalisatie) zijn onderworpen aan een voorafgaande kennisgeving. Dit betekent dat de Planbeheerder in het geval van niet-spoedeisende Ziekenhuisopname, Ambulante Chirurgie of Poliklinische Behandeling, waarvoor de diagnose van de aandoening meer dan 5 dagen vóór de feitelijke opname in het ziekenhuis (hospitaal) (of vóór de aanvang van de Poliklinische Behandeling of de Ambulante Chirurgie) werd vastgesteld, schriftelijk moet worden verwittigd uiterlijk vijf (5) dagen vóór de behandeling zal worden uitgevoerd (in het geval van een bevalling, vijf (5) dagen voordat deze zal plaatsvinden).

De volgende informatie dient te worden verstrekt:

- diagnose;
- beschrijving van de vereiste medische behandeling;
- naam en adres van het ziekenhuis waar de behandeling zal worden gegeven;
- verwachte duur van het ziekenhuisverblijf;
- geraamde behandelingskosten.

In het geval van een spoedeisende Ziekenhuisopname (d.w.z. wanneer er dringend een behandeling nodig is om een toestand te behandelen die een onmiddellijke en ernstige bedreiging vormt van iemands algemene gezondheid) moet de Planbeheerder zo spoedig mogelijk worden verwittigd (normaal binnen 48 uur) en uiterlijk vóór ontslag uit het ziekenhuis.

Indien niet wordt voldaan aan de vereiste van voorafgaande kennisgeving, wordt door de Planbeheerder (in naam van de Verzekeraar) een boete van vijftwintig (25)% aangerekend. Dit betekent dat de terugbetaling van de In Aanmerking komende Kosten zal worden beperkt tot vijfenzeventig (75)% van het bedrag waarop de Verzekerde normaal gezien recht zou hebben indien hij/zij naar behoren had voldaan aan de genoemde vereisten.

1.7. Beperkingen en uitsluitingen

Naast de uitsluitingen vermeld in Art. I-11. worden de volgende items of diensten van dekking uitgesloten:

- behandelingen die beschouwd kunnen worden als experimenteel volgens professionele medische normen alsook behandelingen die niet medisch van aard zijn;
- niet voorgeschreven Medische Behandelingen;
- periodieke preventieve gezondheidsonderzoeken behalve deze die uitdrukkelijk vermeld staan in het Vergoedingenoverzicht;
- complementaire (Alternatieve) medische behandelingen die niet uitdrukkelijk vermeld staan in het Vergoedingenoverzicht;
- verjongingskuren, kuren in een kuuroord, schoonheidsbehandelingen en herstellingsrust;
- voorzieningen voor bejaarden die vooral beschermende, educatieve en revalidatiezorg bieden;
- kosten ten gevolge van zwangerschap en bevalling gedurende de eerste tien (10) maanden na de individuele aanvang van de dekking (tenzij in de Bijzondere Voorwaarden wordt vermeld dat hiervan afgeweken wordt);
- niet voorgeschreven geneesmiddelen;
- OTC (over-the-counter) geneesmiddelen;
- "lifestyle" producten, dieetproducten, vitamines,
- voedingssupplementen en voedingsproducten,
- babyvoeding, mineraalwater, tonische producten, cosmetica enz.;
- kosten in verband met sterilisatie (tenzij expliciet vermeld in het Vergoedingenoverzicht);
- contraceptiva en anticonceptiepillen, zelfs als deze door een Dokter zijn voorgeschreven;
- kosten in verband met abortus behalve in geval van absolute medische noodzaak;
- cosmetische/esthetische behandelingen behalve reconstructieve behandelingen na een Ongeval;
- kosten voor chirurgische procedures in verband met correctieve oogChirurgie (keratectomie en keratotomie, inclusief LASIK- en LASEKprocedures) zijn uitgesloten van dekking, behalve in gevallen van refractie-afwijkingen van het hoornvlies. In die laatste gevallen worden de kosten gedekt zoals alle andere chirurgische kosten;
- remedial teaching (inhaallessen);
- kosten voor zelfgekozen keizersnede;
- operaties voor geslachtsverandering en bijbehorende behandelingskosten;
- zonnebrillen en orthopedie;
- deelname aan alle sporten als professioneel beoefenaar of onder contract dat in betaling voorziet, alsook deelname aan voorbereidende trainingen.

1.8. Claimprocedure / coördinatie van uitkeringen - andere verzekering / betaling van claims

1.8.1. Claimprocedure (declaratieprocedure)

Alle claims (declaraties) moeten schriftelijk worden ingediend bij de Planbeheerder met behulp van het speciale claimformulier dat door de Planbeheerder ter beschikking wordt gesteld en wel zo spoedig mogelijk na de gebeurtenis die de aanleiding is van de claim. Bij de claim moeten de originele bewijsstukken worden gevoegd, met inbegrip van alle relevante facturen, en betalingsbewijzen wanneer de Planbeheerder hierom vraagt.

Bij een Ongeval moet de Verzekerde bovendien de volgende bijkomende informatie geven:

- datum en gedetailleerde beschrijving van de omstandigheden en plaats van het Ongeval;
- identiteit van de betrokkenen, evenals die van getuigen en personen die wellicht aansprakelijk zijn;
- proces-verbaal van de lokale autoriteiten (politie of andere).

1.8.2. Coördinatie van uitkeringen - andere verzekering

Als de Verzekerde recht heeft op terugbetaling door een andere Verzekeraar of stelsel van sociale zekerheid, zal de dekking, waarvan de details worden vermeld in Art. II-1.5, worden toegepast op het verschil van de kosten die in Aanmerking komen voor terugbetaling en het deel dat al door de andere partij werd terugbetaald. In de gevallen waarin ExpatPlus wordt aangeboden als complementaire dekking aan een andere verzekeringsoptie (en dit ook blijkt uit de verschuldigde premies), wordt het bedrag dat door de andere verzekering wordt terugbetaald afgetrokken van het bedrag van de terugbetaling zoals wordt bepaald in Art. II-1.5. In beide gevallen dient de Verzekerde (bij zijn/haar claim) kopieën te voegen van de medische rekeningen en de originele betalingsnota's (met details van het terugbetaalde bedrag) die door de andere Verzekeraar of het betrokken stelsel van sociale zekerheid werden uitgereikt. De totale terugbetaling van een claim zal nooit hoger zijn dan het totale bedrag van de kosten die effectief door de Verzekerde werden opgelopen.

1.8.3. Betaling van medische claims (uitkeringswijze)

De Planbeheerder zal terugbetaling uitvoeren van de gedekte Redelijke en Gebruikelijke medische kosten (tot de plafonds die in deze Algemene Voorwaarden worden vastgesteld) na ontvangst van het claimformulier en de relevante en volledige schriftelijke bewijzen van de medische kosten (originele facturen van zorgverleners enz.).

Terugbetalingen gebeuren aan de Verzekerde, maar als de Verzekerde overleden is, zal de betaling gebeuren naar eigen

goeddunken van de Verzekeraars of aan een persoon die voldoende bewijzen voorlegt dat hij/zij recht heeft op die betaling. Uitkeringen kunnen rechtstreeks aan ziekenhuizen worden toegewezen.

1.9. Medische gegevens en medisch onderzoek

Telkens wanneer dit vereist is voor de vlotte afrekening van de claims met betrekking tot de verzekeringsdekking waarin de verzekeringspolis voorziet, en overeenkomstig de Belgische wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, is de Verzekerde verplicht om (rechtstreeks of via zijn/haar Dokter) alle nodige medische informatie te verstrekken die door de Verzekeraar via de Planbeheerder wordt gevraagd. Vertrouwelijke informatie mag in een verzegelde envelop worden bezorgd aan de raadsgeneesheer van de Planbeheerder. Telkens wanneer dat noodzakelijk wordt geacht voor de evaluatie van een claim, mag de Verzekeraar een medisch onderzoek van de Verzekerde aanvragen, dat op kosten van de Verzekeraar wordt uitgevoerd door een Dokter die aangesteld is door de Verzekeraar. De Verzekerde mag vragen dat zijn/haar eigen Arts aanwezig is bij dit onderzoek. De kosten voor de eigen Arts dienen door de Verzekerde zelf te worden gedragen.

In het geval de Verzekerde en/of de personen ten laste van de Verzekerde bovenstaande verplichting tot het verstrekken van de gevraagde medische informatie of het gevraagde medische onderzoek niet naleven, kan de Verzekeraar weigeren de uitkeringen te betalen.

1.10. Verjaring

Claims dienen zo snel mogelijk aan de Planbeheerder te worden gemeld. Sommige behandelingen vereisen een voorafgaande kennisgeving (zie Art. II-1.6.). In elk geval dienen claims niet later dan drie (3) jaar na het tijdstip van de gebeurtenis die de claim veroorzaakt heeft bij de Planbeheerder toe te komen. Na deze maximumperiode van drie (3) jaar komen de claims niet meer in aanmerking voor betaling door de Verzekeraar.

VERGOEDINGENOVERZICHT - Medische Evacuatie en Bijstand en Burgerlijke Aansprakelijkheid

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
4. Medische Evacuatie en Bijstand			
Evacuatie / Repatriëring			
• Spoedeisende medische evacuatie naar dichtstbijzijnde ziekenhuis of medische repatriëring	100%	100%	100%
• Hotelkosten verzekerde en één andere verzekerde (max. 10 dagen)	€ 100 / dag £ 65 / dag \$ 125 / dag CHF 150 / dag	€ 100 / dag £ 65 / dag \$ 125 / dag CHF 150 / dag	€ 100 / dag £ 65 / dag \$ 125 / dag CHF 150 / dag
• Vervoerskosten van medeverzekerde en/of minderjarige kinderen indien alleen achtergelaten	100% enkele reis	100% enkele reis	100% enkele reis
Dringende ziekenhuisopname buiten thuisland (> 5 dagen volwassene; > 2 dagen kind)			
• Vervoerskosten niet-verzekerd familielid	100%	100%	100%
• Hotelkosten (max. 10 dagen)	€ 100 / dag £ 65 / dag \$ 125 / dag CHF 150 / dag	€ 100 / dag £ 65 / dag \$ 125 / dag CHF 150 / dag	€ 100 / dag £ 65 / dag \$ 125 / dag CHF 150 / dag
Bijstand vroegtijdige terugkeer			
• Vervoerskosten in geval van spoedeisende ziekenhuisopname (levensgevaar) van partner of kind	100%	100%	100%
• Vervoerskosten in geval van overlijden van een familielid (eerste graad)	100%	100%	100%
Tijdelijke vervanging van collega (vervoerskosten)	100%	100%	100%
Toezening dringende medicijnen ter plaatse	100%	100%	100%
Zoek- en/of reddingskosten	€ 1.500 £ 1.000 \$ 1.875 CHF 2.250	€ 1.500 £ 1.000 \$ 1.875 CHF 2.250	€ 1.500 £ 1.000 \$ 1.875 CHF 2.250
Psychologische steun (2 consultaties per telefoon / verzekerde)	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Terbeschikkingstelling van geld bij diefstal identiteitskaart, reisdocumenten, enz.	€ 400 £ 260 \$ 500 CHF 600	€ 400 £ 260 \$ 500 CHF 600	€ 400 £ 260 \$ 500 CHF 600
Bijstand overlijden			
• Vervoer van stoffelijk overschot	100%	100%	100%
• Vervoerskosten alle verzekerde familieleden	100%	100%	100%
5. Persoonlijke Aansprakelijkheid⁴			
Maximale gecombineerde uitkering / ongeval	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000
Letselschade veroorzaakt aan derden / schadegeval	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000
Materiële schade veroorzaakt aan derden / schadegeval	max. € 450.000 max. £ 300.000 max. \$ 562.500 max. CHF 675.000	max. € 450.000 max. £ 300.000 max. \$ 562.500 max. CHF 675.000	max. € 450.000 max. £ 300.000 max. \$ 562.500 max. CHF 675.000
Eigen Risico/schadegeval	€ 75 £ 50 \$ 100 CHF 112,50	€ 75 £ 50 \$ 100 CHF 112,50	€ 75 £ 50 \$ 100 CHF 112,50

4 Persoonlijke Aansprakelijkheid is inbegrepen: - voor personen, indien hun thuisland en/of gastland in de EER ligt;
- voor bedrijven, indien de polishouder gevestigd is in de EER.

II-2. Medische Evacuatie en Bijstand

2.1. Doel en toelatingscriteria

Het doel van de dekking is de waarborgen die in Art. II-2.3. hierna worden vermeld aan de Verzekerde te verstrekken, meer in het bijzonder de diensten inzake wereldwijde Medische Evacuatie en Bijstand. Iedereen die tot de Internationale Medische Verzekering wordt toegelaten en jonger is dan vijfenzeventig (75) jaar kan automatisch genieten van deze diensten. Pasgeboren baby's zijn echter alleen maar voor de Medische Evacuatie en Bijstand gedekt na de eenendertigste (31e) dag na hun geboorte.

2.2. Definities

'Familie'

Ouders, grootouders, nakomelingen en kinderen ten laste onder de achtentwintig (28) jaar.

'Begraveniskosten'

Initiële conserverings- en behandelingskosten, het plaatsen in een kist, specifieke schikkingen voor transport, de wettelijk verplichte conservering, de verpakking en de eenvoudigste kist vereist voor het transport en de naleving van de lokale wetgeving, exclusief de begrafenis zelf, kosten voor balseming en ceremoniekosten.

2.3. Beschrijving van de dekking

Voor de specifieke bedragen en limieten van de vergoedingen verwijzen we naar het Vergoedingenoverzicht.

2.3.1. Evacuatie/Repatriëring

Indien de toestand van de Verzekerde zijn/haar repatriëring noodzakelijk maakt, zal de Bijstandverlener als volgt bijstaan:

- de terugkeer of het transport van de Verzekerde naar een ziekenhuis (hospitaal) organiseren en dekken;
- de terugkeer naar de woonplaats van de Verzekerde organiseren en dekken, hetzij in het Land van Oorsprong of in het land waarin de Verzekerde verblijft of het transport naar het ziekenhuis (hospitaal) dat het dichtst bij de woonplaats van de Verzekerde ligt en/of het best uitgerust is voor de behandeling die de toestand behoeft. In het laatste geval kan vervolgens, zo de Verzekerde dat wenst en zodra zijn/haar toestand dit toelaat, de terugkeer naar het land waarin de Verzekerde verblijft, georganiseerd en gedekt worden;
- de terugkeer van een Verzekerde begeleidende persoon en/of minderjarige kinderen organiseren en dekken. Na het akkoord van zijn medische dienst organiseert en dekt de Bijstandverlener ook de verplaatsing van een Verzekerde

persoon naar een andere Verzekerde om deze laatste te vergezellen. De Bijstandverlener organiseert en dekt de terugkeer naar hun woonplaats van minderjarige kinderen die samen met de Verzekerde meereizen indien er ter plaatse geen volwassen Familielid bij hen aanwezig is en als de repatriëring meer dan vierentwintig (24) uur voor hun oorspronkelijke datum van terugkeer valt;

- Op voorlegging van het vereiste bewijsmateriaal en binnen de limieten opgenomen in het Vergoedingenoverzicht vergoedt de Bijstandverlener de bijkomende verblijfskosten van de Verzekerde en zijn/haar Personen ten Laste vanaf de datum van immobilisatie tot aan de datum van de repatriëring naar het Land van Oorsprong.

Alle medische kosten (Ziekenhuisopname, medische consultaties, betaling van waarborgen en vergoedingen) zullen worden beheerd en betaald door de Planbeheerder. De Bijstandverlener zal verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de diensten in verband met medische spoedgevallen zoals Ziekenhuisopname en repatriëring. Elke dringende Ziekenhuisopname zal worden doorgegeven aan de Planbeheerder, die de betalingswaarborgen zal vrijgeven en verantwoordelijk zal zijn voor de vlotte verwerking van het dossier. De Ziekenhuisopname, al dan niet dringend, waarvoor geen repatriëring nodig is, zal rechtstreeks door de Planbeheerder worden beheerd.

Belangrijk

Beslissingen worden uitsluitend op basis van de medische toestand van de Verzekerde genomen. De Artsen van de Bijstandverlener zullen de medische organisaties ter plaatse en, indien nodig, de gebruikelijke huisArts van de Verzekerde contacteren om alle informatie te verzamelen die nodig is om de beste beslissingen voor de gezondheidstoestand van de Verzekerde te kunnen nemen. Over de repatriëring zal worden beslist en deze zal worden beheerd door medisch personeel met een officieel erkende graad in het land waarin het genoemde medische personeel zijn gebruikelijke vestigingsplaats heeft.

Indien de Verzekerde weigert zich te houden aan de beslissingen Van het medisch team van de Bijstandverlener, ontslaat hij deze van elke aansprakelijkheid met betrekking tot de gevolgen van een dergelijk initiatief en verliest hij alle rechten op compensatie en schadevergoeding door de Bijstandverlener. Bovendien kan de Bijstandverlener in geen geval de lokale noodhulpdiensten vervangen of hiervoor gemaakte kosten dekken.

2.3.2. Ziekenhuisopname ter plaatse

Als de Verzekerde gehospitaliseerd is gedurende meer dan vijf (5) dagen (of gedurende meer dan achtenveertig (48) uur als hij minderjarig of gehandicapt is en er geen volwassen Familielid de Verzekerde tijdens zijn/haar verblijf vergezelde),

dekt de Bijstandverlener het heen- en terugticket van een Familielid om de Verzekerde in het ziekenhuis (hospitaal) bij te staan; op voorwaarde dat een bewijs van de uitgave wordt voorgelegd en binnen de limieten aangeduid in het Vergoedingenoverzicht betaalt de Bijstandverlener de bijkomende verblijfskosten terug die de genoemde persoon maakte. Deze dienst kan niet worden gecombineerd met de waarborg in Art. II-2.3.1.

2.3.3. Bijstand voor een vervroegde terugkeer

Voor zover de oorspronkelijke middelen voor terugkeer van de Verzekerde naar zijn/haar Land van Oorsprong niet kunnen worden gebruikt, organiseert en dekt de Bijstandverlener de kosten voor de terugreis van één van de Verzekerde personen onder het huidige contract, en dit in de volgende gevallen:

- bij Ziekte of een Ongeval die resulteren in een spoedeisende Ziekenhuisopname, die aanvangt in de periode van het verblijf van de Verzekerde en volgens het medisch personeel van de Bijstandverlener resulteert in een levensbedreigende situatie, van de wettige of de facto echtgenoot/echtgenote of van één van de minderjarige of gehandicapte nakomelingen die niet meegereisd zijn en in het Land van Oorsprong van de Verzekerde wonen;
- om de begrafenis bij te wonen na het overlijden van de wettige of de facto echtgenoot/echtgenote van de Verzekerde, van een van zijn/haar voorouders, nakomelingen, broers, zusters, zijn/haar wettige voogd of de persoon onder zijn/haar voogdijschap die niet meegereisd is en in het Land van Oorsprong van de Verzekerde woonde en minder dan vijftigachtig (85) jaar oud was.

2.3.4. Bijstand ingeval van een onderbreking in de professionele opdracht van de Verzekerde

Wanneer de professionele opdracht wordt onderbroken ingeval van een gedekte gebeurtenis, dekt de Bijstandverlener de transportkosten die door de onderneming worden gemaakt om een collega in staat te stellen de Verzekerde te vervangen en de onderbroken opdracht voort te zetten.

2.3.5. Ter plaatse sturen van geneesmiddelen

Mits goedkeuring van de voorschrijvende huisarts van de Verzekerde, zal de Bijstandverlener de kosten voor het versturen van het geneesmiddel dat ter plaatse niet beschikbaar is, dekken op voorwaarde dat een dergelijk geneesmiddel onmisbaar is voor de lopende Medische Behandeling, dat er ter plaatse voor geen gelijkwaardig geneesmiddel kan worden voorgeschreven en dat de nationale of internationale gezondheids- en douaneregels het versturen van een dergelijk geneesmiddel niet verbieden; de Bijstandverlener zal een dergelijk geneesmiddel binnen de kortst mogelijke termijn opsturen. Hij kan echter

niet aansprakelijk worden gesteld voor de tijd die de transportondernemingen nodig hebben of voor een eventuele niet-beschikbaarheid van het geneesmiddel.

2.3.6. Zoek- en/of reddingskosten

De Bijstandverlener betaalt de kosten terug voor een zoekactie op zee of in de bergen en/of reddingskosten tot aan het plafondbedrag aangeduid in het Vergoedingenoverzicht.

2.3.7. Psychologische ondersteuning

In geval van een ernstig trauma ingeval van een Ziekte of gedekt Ongeval, kan de Verzekerde gebruik maken van twee (2) telefoongesprekken via de helpline van de Bijstandverlener.

2.3.8. Bijstand voor onvoorziene gebeurtenissen

2.3.8.1 Communicatie met de Familie of de firma van de Verzekerde

Als de Verzekerde niet langer kan communiceren met zijn/haar Familie of onderneming, maar er wel in slaagt met de Bijstandverlener te communiceren, zal deze laatste dringende berichten doorsturen.

2.3.8.2 Diefstal van identiteitsdocumenten, kredietkaarten, reistickets of professionele documenten van de Verzekerde

- De Bijstandverlener kan advies geven over de te nemen stappen;
- De Bijstandverlener kan financiële instellingen contacteren met het oog op het blokkeren van de rekeningen voor zover de Verzekerde hem een schriftelijke volmacht faxt om dit te doen;
- Als de Verzekerde niet langer betalingsmiddelen heeft, kan de Bijstandverlener hem een voorschot geven voor een bedrag dat niet hoger is dan het maximumbedrag vermeld in het Vergoedingenoverzicht. In dat geval heeft hij een periode van drie (3) maanden de tijd, vanaf de datum waarop de fondsen ter beschikking worden gesteld, om het genoemde voorschot of de kosten die namens hem gemaakt werden terug te betalen. Na afloop van deze periode zal de Bijstandverlener het recht hebben om bovenop dit bedrag gerechtelijke interesten en kosten aan te rekenen.

2.3.9. Bijstand bij overlijden

Bij het overlijden van een Verzekerde organiseert en/of dekt de Bijstandverlener:

2.3.9.1 Transport van het lichaam

- het transport van het lichaam van de plaats waar het in de lijkst is geplaatst naar de begraafplaats in het Land van Oorsprong of naar de begraafplaats ter plaatse;
- de kosten nodig voor het transport, binnen de maximumlimieten in het Vergoedingenoverzicht.

2.3.9.2 Transportkosten van Familieleden

de bijkomende kosten voor het transport van de Verzekerde Familieleden van de overledene die hem vergezellen voor zover

de oorspronkelijk geplande middelen voor hun terugkeer naar het Land van Oorsprong niet langer gebruikt kunnen worden ingevolge het overlijden.

2.3.10. Bijkomende Expat bijstand

De Verzekerde kan een speciale website raadplegen met de gezondheids- en geopolitieke informatie over het geografische gebied van het Land van Expatriëring, met in het bijzonder de lijst van gezondheidscentra en Artsen en alle noodzakelijke praktische informatie (vertaling van medische termen, lijst van ambassades, enz.) met links naar de dienstverleners (bv. verhuurkantoren), plannen van luchthavens, stadskarten en een gedragsgids (gebruiken van het betreffende land).

2.4. Uitsluitingen

2.4.1. Zijn uitgesloten van de dekking:

- kosten gemaakt zonder voorafgaand akkoord van de Bijstandverlener;
- de gevolgen van een Ziekte waarvoor de Verzekerde in behandeling is, die niet gestabiliseerd is en/of waarvan hij herstellende is;
- de gevolgen van Ziektes die zich voordoen tijdens een reis ondernomen voor diagnostische doeleinden of voor behandelingsdoeleinden;
- de eventuele nawerkingen (controle, bijkomende behandeling, hervat) van een Ziekte die al in twee eerdere repatriëringen heeft geresulteerd;
- de gevolgen van Ziektes of goedaardige Letsels die ter plaatse kunnen worden behandeld;
- zwangerschap (behalve bij duidelijke, onvoorzienbare complicaties), de vrijwillige zwangerschapsbeëindiging, een bevalling, in-vitro fertilisatie en de gevolgen ervan;
- evacuatie of repatriëring als gevolg van een psychiatrische toestand;
- de gevolgen
 - van situaties met risico op infectie in een epidemische context;
 - van blootstelling aan besmettelijke biologische agentia;
 - van blootstelling aan chemische agentia van het oorlogsgastype;
 - van blootstelling aan neutraliserende agentia;
 - van blootstelling aan neurotoxische substanties of agentia met blijvende neurotoxische effecten; die onderworpen zijn aan quarantaine of preventieve maatregelen of een specifieke monitoring vanwege de lokale en/of nationale gezondheidsautoriteiten in het land waarin de Verzekerde verblijft, behalve voor een plotse gebeurtenis na zijn/haar aankomst in het contaminatiegebied;
- de deelname van de Verzekerde aan een sport als professional of onder een contract dat in een bezoldiging voorziet evenals de voorbereidende trainingen;

- het zich niet houden aan officiële verbodsbepalingen, evenals het zich niet houden aan officiële veiligheidsregels verbonden aan het beoefenen van een sport;
- de gevolgen van een Ongeval tijdens deelname van de Verzekerde aan een luchtsportactiviteit (met inbegrip van deltavliegen, zweefparachutisme, zweefvliegen) of een van de volgende sporten: skeletonsleeën, bobsleeën, skispringen, bergbeklimmen met touwen, rotsbeklimmingen, sportduiken met autonome apparatuur, speleologie, elastiekspringen, parachutespringen;
- kosten die niet expliciet aangeduid zijn als aanleiding gevend tot vergoeding, evenals cateringkosten en alle kosten waarvoor de Verzekerde geen bewijsmateriaal kan voorleggen.

De Bijstandverlener verzekert ook nooit de gevolgen van de volgende omstandigheden en gebeurtenissen:

- burgeroorlog of oorlog, rellen, demonstraties, stakingen, het nemen van gijzelaars, het hanteren van wapens;
- vrijwillige deelname aan weddenschappen, misdaden of vechtpartijen tenzij in gevallen van wettige zelfverdediging;
- alle effecten van nucleaire oorsprong of veroorzaakt door een bron van ioniserende straling;
- opzettelijke handelingen en fouten, met inbegrip van zelfmoord en zelfmoordpogingen;
- verbruik van alcohol, drugs of andere narcotica vermeld in de Volksgezondheidswetgeving, niet voorgeschreven door een Arts;
- gebeurtenissen waarvoor de aansprakelijkheid ofwel bij de organisator van de reis ligt, bij toepassing van de Hoofdstukken VI en VII van de Franse wet nr. 92-645 van 13 juli 1992 dat de voorwaarden voor het uitoefenen van de business van het organiseren en verkopen van reizen vastlegt, of bij de vervoerder ligt, in het bijzonder om redenen van luchtveiligheid en/of overboeking;
- weigering van de Verzekerde om in te schepen op de vlucht oorspronkelijk voorzien door het geautoriseerde agentschap.

2.5. Financieel engagement van de Bijstandverlener

De organisatie van een van de hierboven uiteengezette gevallen van bijstand door de Verzekerde of door de persoon in zijn/haar gezelschap kan slechts recht geven op de vergoeding indien de Bijstandverlener hiervan vooraf in kennis gesteld is en hij zijn expliciete goedkeuring hiervoor heeft gegeven, in het bijzonder over de te gebruiken middelen, door het versturen van de informatie per fax, e-mail, telegram of telexbericht, met een dossiernummer. De gemaakte kosten zullen dan worden vergoed bij voorlegging van de relevante bewijsstukken, binnen de limieten geëngageerd door de Bijstandverlener voor de organisatie van de betreffende dienst.

2.6. Subrogatie (indeplaatsstelling)

De Bijstandverlener treedt, tot en met de betaling van zijn vergoedingen en de levering van zijn diensten, in de plaats van de Polishouder wat betreft de rechten en acties tegenover de personen die verantwoordelijk zijn voor de feiten die hebben geleid tot zijn interventie.

Wanneer de in uitvoering van het contract geleverde diensten volledig of gedeeltelijk gedekt zijn door een sociaal zekerheidsfonds of een andere instelling, zal de Bijstandverlener in de plaats treden van de Polishouder betreffende de rechten en acties van de Verzekerde tegenover het genoemde fonds of de genoemde instelling.

2.7. Beperking in de tijd (verjaring)

Elke actie resulterend uit de dekking Medische Evacuatie en Bijstand verjaart na een periode van twee (2) jaar vanaf de causale gebeurtenis.

2.8. Claimsprocedure

2.8.1. Voor bijstand

De Verzekerde moet de Bijstandverlener contacteren of deze door een derde laten contacteren zodra de situatie doet veronderstellen dat een vroegtijdige terugkeer nodig is of kosten moeten gemaakt worden die binnen de omvang van de dekking vallen.

De diensten van de Bijstandverlener zijn 24 uur op 24, 7 dagen per week beschikbaar telefonisch op nr. + 32 3 217 69 78. De Verzekerde krijgt onmiddellijk een dossiernummer en de Bijstandverlener zal vragen om:

- het contractnummer, 241 676, op te geven,
- een adres en telefoonnummer op te geven waar de Verzekerde kan bereikt worden evenals de contactinformatie van de mensen die voor de Verzekerde zorgen,
- de Artsen van de Bijstandverlener de toestemming te geven toegang te verwerven tot alle medische informatie over de Verzekerde voor wie de interventie vereist is.

2.8.2. Voor terugbetaling

Om de kosten die met toestemming van de Bijstandverlener gemaakt zijn terugbetaald te krijgen, moet de Verzekerde alle documenten indienen die als basis voor de claim kunnen dienen. Diensten die niet vooraf werden goedgekeurd en niet door de Bijstandverlener werden georganiseerd, geven geen recht op enige terugbetaling of compensatie.

2.8.3. Voor de dekking van transportkosten

Wanneer de Bijstandverlener transport organiseert en dekt dat binnen de omvang van de waarborgen valt, zal zulk transport worden georganiseerd per trein, 1e klasse, en/of per vliegtuig, economy class, of per taxi, afhankelijk van de beslissing van de Assistance afdeling. In deze gevallen wordt de Bijstandverlener

de eigenaar van de oorspronkelijke tickets. De Verzekerde belooft deze aan de Bijstandverlener terug te geven of het bedrag terug te betalen dat de instantie die de genoemde reistickets heeft uitgegeven, aan hem heeft terugbetaald.

2.9. Het kader van de bijstandsinterventies

De interventies worden georganiseerd binnen het kader van de nationale en internationale wetten en regels en de diensten worden geleverd op voorwaarde dat hiervoor de vereiste toestemming verkregen werd van de jurisdictiehoudende instanties. Bovendien kan de Bijstandverlener niet aansprakelijk worden gesteld voor een vertraagde uitvoering of voor het onvermogen de diensten te verlenen in geval van overmacht of in de gebeurtenissen vermeld in Art. II-2.4.

II-3. Burgerlijke Aansprakelijkheid

3.1. Omvang

De Bijstandsverlener verzekert de financiële gevolgen van een particuliere aansprakelijkheid aangegaan door de Verzekerde onder de toepassing van de wetgeving of jurisprudentie van het land waarin de Verzekerde zich bevindt, resulterend uit:

- Letselschade;
- materiële schade;
- immateriële gevolgschade resulterend uit gewaarborgde Letselschade of materiële schade ingevolge een Ongeval in de loop van het privéleven van de Verzekerde en met gevolgen voor een derde partij veroorzaakt door de Verzekerde;
- door mensen voor wie de Verzekerde verantwoordelijk is;
- door objecten of dieren onder de hoede van de Verzekerde.

3.2. Subsidiariteit

de Verzekerde geniet van de dekking tijdens zijn/haar verblijf in het buitenland enkel in die landen waarin hij niet van een elders afgesloten particuliere aansprakelijkheidsverzekering geniet.

3.3. Verzekerd bedrag

De dekking is verzekerd tot het maximumplafond in het Vergoedingenoverzicht, waarbij de Verzekerde rekening moet houden met volgende punten:

- de limiet per gebeurtenis vermeld in het Vergoedingenoverzicht is het maximaal gewaarborgde bedrag voor een en dezelfde gebeurtenis, inclusief alle vormen van Letselschade, materiële schade en directe gevolgschade;

- in alle gevallen blijft er een Eigen Risico per schadegeval van 75 EUR/50 GBP/100 USD/112,50 CHF.

3.4. Uitsluitingen

Naast de uitsluitingen vermeld in Art. I-11. worden ook de volgende zaken uitgesloten:

- de gevolgen van schade veroorzaakt ten aanzien van gezinsleden van de Verzekerde, zijn/haar vertegenwoordigers, al dan niet bezoldigd, in de uitoefening van hun functies of aan enige andere persoon genoemd als Verzekerde onder het huidige contract;
- de gevolgen van schade veroorzaakt ten aanzien van dieren of objecten die aan de Verzekerde toebehoren of aan hem uitgeleend of toevertrouwd zijn;
- de gevolgen van schade veroorzaakt door:
 - een gemotoriseerd landvoertuig dat beantwoordt aan de definitie van artikel L 211-1 van het Verzekeringwetboek;
 - een landvoertuig ontworpen om te worden getrokken door een gemotoriseerd landvoertuig;
 - een luchtvoertuig, een maritiem of riviervoertuig;
- de gevolgen van schade resulterend uit het houden van schietoefeningen, het beoefenen van mechanische sporten (wagen, motorfiets en, meer algemeen, elk gemotoriseerd landvoertuig) en alle luchtsporten;
- de gevolgen van schade veroorzaakt aan derden en resulterend uit de organisatie van, voorbereiding van of deelname aan een competitie ingericht onder de auspiciën van een sportfederatie onderworpen aan een administratieve vergunning of een verplichte wettige verzekering;
- de gevolgen van schade veroorzaakt tijdens de professionele activiteit van de Verzekerde of tijdens deelname aan een activiteit georganiseerd door een non-profitorganisatie, instelling of gemeenschap;
- de gevolgen van de contractuele verantwoordelijkheid van de Verzekerde;
- de gevolgen van enige aansprakelijkheid die de Verzekerde zou kunnen hebben met betrekking tot een brand, explosie of waterschade. Bovendien zijn boetes of geldstraffen uitgesproken als straf en die niet het voorwerp uitmaken van direct verhaal voor Letselschade of immateriële schade nooit gewaarborgd.

3.5. Toepassingsprocedures op vlak van tijd

De werking van de dekking wordt gestipuleerd in de wet nr. 2003- 706 van 1 augustus 2003. De vergoeding die het gevolg is van de schadeveroorzakende gebeurtenis dekt de Verzekerde tegen de financiële gevolgen van zijn/haar aansprakelijkheid wanneer de schadeveroorzakende gebeurtenis plaatsvindt tussen het initieel van kracht worden van de dekking en de

datum van haar beëindiging of verval, ongeacht eventuele andere elementen die bij de claim betrokken zouden kunnen zijn.

3.6. Claimsprocedure

De Verzekerde mag geen enkele aansprakelijkheid of transactie erkennen zonder toestemming van de Bijstandverlener. Het erkennen van een materieel feit of de uitvoering van een eenvoudige bijstandsverplichting vormt echter geen erkenning van aansprakelijkheid. De Verzekerde moet de Bijstandverlener een schriftelijke verklaring inzake de claim bezorgen binnen de vijf werkdagen nadat hij hiervan kennis heeft gekregen, behalve bij onvoorziene gevallen en gevallen van overmacht. Na het vervallen van deze periode zal de Verzekerde alle rechten op compensatie verliezen als de Bijstandverlener ingevolge de laattijdige verklaring enig nadeel zou ondervinden.

Wanneer er procedures tegen de Verzekerde worden ingesteld, geeft deze de Bijstandverlener de volle bevoegdheid om het geding te behandelen en om alle rechtsmiddelen in burgerlijke rechtszaken te gebruiken of de verdediging waar te nemen en alle rechtsmiddelen inzake burgerlijke belangen voor strafrechtbanken aan te wenden. De Verzekerde moet alle dagvaardingen, exploiten, buitengerechtelijke instrumenten of procedurestukken die naar hem verzonden of aan hem betekend worden, bij ontvangst onmiddellijk aan de Bijstandverlener doorsturen. Bij enig uitstel in het doorsturen van deze documenten, heeft de Bijstandverlener het recht om van de Verzekerde compensatie te eisen in verhouding tot het door ons geleden nadeel (Art. L 113-11 van het Verzekeringwetboek).

Als de Verzekerde zijn/haar verplichtingen na de claim niet nakomt, zal de Bijstandverlener de benadeelde derde partijen en hun begunstigden vergoeden maar kan hij procedures tegen de Verzekerde opstarten om de betaalde bedragen van hem te recupereren.

3.7. Bepalingen ingeval er door een gerechtelijke beslissing aan een slachtoffer een jaarrente wordt toegekend

Indien er een waarborg wordt opgelegd voor de betaling van een jaarrente, betaalt de Bijstandverlener de waarborg tot aan het maximumbedrag van de dekking.

Als er geen dekking georganiseerd is, wordt de waarde van de jaarrente in kapitaal berekend volgens de regels die gelden voor de berekening van de wiskundige reserve van de jaarrente. Als die waarde lager is dan het bedrag van de waarborg, zal de jaarrente volledig voor rekening van de Bijstandverlener zijn. Als deze hoger is, zal enkel het deel van de jaarrente dat in kapitaal overeenkomt met het bedrag van de waarborg voor rekening zijn van de Bijstandverlener.

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

II-4. Tandverzorging

4.1. Toelatingscriteria

De verzekering Tandverzorging kan uitsluitend afgesloten worden door personen die toegelaten werden tot de Internationale Medische Verzekering. De keuze voor aansluiting moet op het niveau van een gezin worden gemaakt in die zin dat alle leden van hetzelfde gezin, d.w.z. de Verzekerde en zijn/haar Personen ten Laste die tot de Internationale Medische Verzekering werden toegelaten

- ofwel de verzekering voor Tandverzorging afsluiten ofwel niet (d.w.z. alle gezinsleden of geen enkel gezinslid);
- dezelfde verzekeringsformule kiezen (Basic of Comprehensive).

Indien de verzekering Tandverzorging wordt afgesloten, moet dit voor minstens één jaar gebeuren (tenzij het contract wordt opgezegd).

4.2. Territoriaal verzekeringsgebied

Wat de Internationale Medische Verzekering en de verzekering voor Tandverzorging betreft, kan de Verzekeringnemer kiezen uit twee (2) geografische dekkingsgebieden:

- Wereldwijde dekking
- Wereldwijde dekking met uitzondering van medische kosten opgelopen in de Verenigde Staten van Amerika (VS) en in Canada. Tijdens zakenreizen en vakanties echter, die in totaal niet langer duren dan negentig (90) dagen per Verzekeringjaar, zijn medische kosten opgelopen in de VS of Canada als een rechtstreeks gevolg van een Ongeval of een Medisch Spoedgeval gedekt tot de limieten van de polis.

Indien de betrokken medische toestand reeds bestond vóór de reis naar de VS of Canada en de reden was van de reis, dan worden de medische kosten niet gedekt.

4.3. Dekkingen

Alleen kosten die Redelijk en Gebruikelijk zijn komen in aanmerking voor terugbetaling, afhankelijk van de beperkingen en plafonds die in het Vergoedingenoverzicht worden vermeld:

4.3.1. Basistandverzorging

Basistandverzorging omvat max. twee (2) periodieke controles per jaar, preventieve behandelingen, vullingen, behandelingen van het wortelkanaal, extractie, paradontale behandeling, behandeling van paradontitis, behandeling van het tandvlees, enz.

4.3.2. Ingrijpende tandheelkunde

Ingrijpende tandheelkunde omvat bruggen, implantaten, orthodontische behandeling en tandprothesen (gebitten, kronen, inlays). Het gedekte bedrag omvat de honoraria van de Tandarts (of tandchirurg). TandChirurgie valt ook onder ingrijpende tandheelkunde.

4.4. Wachtperiode

Een wachtperiode van twaalf (12) maanden is van toepassing voor alle ingrijpende tandheelkunde. (Van deze wachtperiode kan worden afgeweken voor groepen. Zulke afwijking is alleen geldig indien deze uitdrukkelijk vermeld staat in de Bijzondere Voorwaarden). Orthodontische behandelingen worden uitsluitend gedekt indien zij aanvangen vóór de leeftijd van vijftien (15) jaar.

4.5. Andere bepalingen

Naast de algemene polisvoorwaarden die worden uiteengezet in Hoofdstuk I van de Algemene Voorwaarden, zijn ook de bepalingen van Art. II-1.8. tot en met Art. II-1.10. van toepassing op de verzekering voor Tandverzorging.

VERGOEDINGENOVERZICHT - Tandverzorging

	BASIC	COMPREHENSIVE
Maximale jaarlijkse vergoeding	€ 3.000 £ 2.000 \$ 3.750 CHF 4.500	€ 5.000 £ 3.250 \$ 6.250 CHF 7.500
Basistandverzorging (periodieke controles, basisbehandelingen)	80% tot max. € 1.500 80% tot max. £ 1.000 80% tot max. \$ 1.875 80% tot max. CHF 2.250	00% tot max. € 2.500 100% tot max. £ 1.625 100% tot max. \$ 3.125 100% tot max. CHF 9.750
Ingrijpende tandheelkunde (bruggen, implantaten, orthodontische behandelingen en tandprothesen) Orthodontie is alleen gedekt indien gestart voor de leeftijd van 15 jaar. Wachtperiode van 12 maanden voor alle ingrijpende tandheelkundige zorgen. Geen wachtperiode mogelijk voor groepen.	60% tot max. € 1.500 60% tot max. £ 1.000 60% tot max. \$ 1.875 60% tot max. CHF 2.250	80% tot max. € 2.500 80% tot max. £ 1.625 80% tot max. \$ 3.125 80% tot max. CHF 3.750

II-5. Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval

5.1. Doel en toelatingscriteria

Het doel van de verzekering Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval is het waarborgen van:

- de betaling van een vast bedrag bij een overlijden door een Ongeval;
- de betaling van een vast bedrag bij een blijvende Invaliditeit van minstens twintig (20)%, veroorzaakt door een Ongeval.

De verzekering Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval kan onderschreven worden door of voor de Expat zelf, alsook door zijn/ haar volwassen Personen ten Laste (zoals bepaald in Hoofdstuk I).

5.2. Tijdslimieten met betrekking tot de aangifte van het Ongeval, vaststelling van de schade en betaling van de schadevergoeding

5.2.1. Tijdslimiet waarbinnen het Ongeval moet worden aangegeven

Elk Ongeval dat een blijvende Invaliditeit of het overlijden van de Verzekerde tot gevolg heeft of er toe kan leiden moet schriftelijk aan de Verzekeraar of de Planbeheerder worden meegedeeld binnen de veertien (14) dagen nadat het Ongeval zich heeft voorgedaan. De Ongevalsaangifte moet gedetailleerde informatie bevatten met betrekking tot de oorzaak van het Ongeval en de aard van de Letsels.

5.2.2. Tijdslimiet met betrekking tot de vaststelling van de schade en betaling van de schadevergoeding

Indien de Verzekerde ten gevolge van een Ongeval overlijdt, en dit binnen de twaalf maanden volgend op het Ongeval dat aan de basis ligt van het overlijden, zal aan de aangeduide begunstigden van de overleden Verzekerde die vermeld staan in het formulier 'Aanduiding van begunstigden', een vast bedrag worden uitbetaald. In het geval van blijvende Invaliditeit, moet de Invaliditeit medisch erkend worden ten laatste 1 jaar na het Ongeval. Als de toestand van de Verzekerde echter niet volledig is gestabiliseerd twee (2) jaar na het Ongeval, zal de graad van blijvende Invaliditeit worden bepaald op basis van de gezondheidstoestand van de Verzekerde op het einde van deze periode van twee (2) jaar.

5.3. Omvang van het verzekerd bedrag

De omvang van het verzekerd bedrag wordt gepreciseerd in de Bijzondere Voorwaarden. Het minimum verzekerd bedrag zal echter 50.000 EUR/32.500 GBP/62.500 USD/75.000 CHF bedragen tot een maximum verzekerd bedrag van

500.000 EUR/325.000 GBP/625.000 USD/750.000 CHF. Premies en schadevergoedingen (vast bedrag) worden berekend op basis van de verzekerde bedragen.

5.4. Dekking

5.4.1. Overlijden ten gevolge van een Ongeval

In het geval van overlijden van de Verzekerde, veroorzaakt door een Ongeval, zal het vast bedrag dat door de Verzekeraar zal moeten betaald worden aan de begunstigden van de Verzekerde gelijk zijn aan honderd (100)% van de verzekerde som, waarvan het bedrag vermeld staat in de Bijzondere Voorwaarden. In het geval de Verzekeraar een vergoeding moet betalen voor een overlijden (binnen de tijdsspanne zoals vermeld in Art. II-5.2.) ten gevolge van een Ongeval waarvoor hij reeds eerder een vergoeding heeft betaald voor blijvende Invaliditeit, dan zal deze vergoeding verminderd worden met het bedrag dat reeds voor die Invaliditeit werd betaald.

5.4.2. Blijvende Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval

In het geval van Blijvende Invaliditeit van de Verzekerde veroorzaakt door een Ongeval, zal het bedrag dat door de Verzekeraar (aan de Verzekerde) moet betaald worden, gelijk zijn aan het verzekerd bedrag (zoals bepaald in de Bijzondere Voorwaarden) vermenigvuldigd met de graad van Invaliditeit (percentage). Dit percentage wordt vastgesteld in functie van de hierna vermelde Invaliditeitstabel. Blijvende Invaliditeit van minder dan twintig (20)% zal niet in aanmerking komen voor enige betaling van een schadevergoeding.

Als de Blijvende Invaliditeit veroorzaakt door het Ongeval twintig (20)% of meer bedraagt volgens de hierna vermelde Invaliditeitstabel, zal de schadevergoeding overeenkomen met het percentage (%) van de verzekerde som.

5.5. Bepaling van de graad van Blijvende Invaliditeit en gebruik van de Invaliditeitstabel

5.5.1. Invaliditeitstabel

De volgende Invaliditeitstabel zal worden gebruikt om de Invaliditeitsgraad te bepalen:

Invaliditeitstabel

Volledige verlamming	100%	
Volledige blindheid	100%	
Ongeneeslijke en volledige mentale invaliditeit	100%	
Amputatie of blijvend verlies van het gebruik van:		
a) beide armen of beide handen	100%	
b) beide benen of beide voeten	100%	
c) één arm of hand en één been of voet	100%	
Volledig gezichtsverlies van één oog met verwijdering van het oog	50%	
Volledig gezichtsverlies van één oog	45%	
Verlies van schedelbot waardoor er een gat in de schedel ontstaat over:		
a) een gebied van minstens 6 cm ²	40%	
b) een gebied van 3 tot 6 cm ²	20%	
c) een gebied van minder dan 3 cm ²	10%	
Ongeneeslijk volledig gehoorverlies in beide oren	100%	
Ongeneeslijk volledig gehoorverlies in één oor	50%	
Amputatie van de onderkaak		
a) volledig	70%	
b) gedeeltelijk (verticaal bot plus de totaliteit of de helft van het kaakbeen)	40%	
Verlies van de bovenste en onderste tanden en hun holtes		
a) onmogelijk om een tandprothese in te passen	10 to 30%	
b) In het geval een prothese wel tot de mogelijkheden behoort waarbij een functionele verbetering wordt bekomen	1 to 10%	
	Rechts	Links
Verlies van arm of hand	75%	60%
Volledige verlamming van een bovenste ledemaat	65%	55%
Volledige verlamming van de nervus circumflexus	20%	15%
Volledige verlamming van de nervus medianus	45%	35%
Volledige verlamming van de cubitale zenuw in de elleboog	30%	25%
Volledige verlamming van de handzenuw	20%	15%
Volledige verlamming van de nervus radialis boven de triceps	40%	30%
Volledige ankylose van de schouder:		
a) met immobilisatie van het schouderblad	65%	55%
b) met beweeglijkheid van het schouderblad	35%	25%
Niet-geconsolideerde breuk van de bovenarm (vorming van onderliggende artrose)	30%	25%
Volledig verlies van beweeglijkheid van de elleboog:		
a) in een ongunstige positie	40%	35%
b) in een gunstige positie	25%	20%
Niet-geconsolideerde breuk van de voorarm: (vorming van onderliggende artrose)		
a) beide beenderen	25%	20%
b) slechts één been	10%	8%
Volledig verlies van beweeglijkheid van de pols		

a) in een ongunstige positie (flexie, geforceerde extensie of supinatie)	40%	30%
b) in een gunstige positie (recht of met de handpalm omlaag)	20%	15%
Amputatie van een duim		
a) volledig	20%	18%
b) gedeeltelijk (nagelkootje)	10%	8%
Ankylose van een duim		
a) volledig	15%	12%
b) gedeeltelijk (nagelkootje)	10%	8%
Amputatie van een wijsvinger		
a) volledig	16%	14%
b) twee vingerkootjes	12%	10%
c) één vingerkootje	6%	5%
Amputatie van een tweede vinger	12%	10%
Amputatie van een derde vinger	10%	8%
Amputatie van een vierde vinger	8%	6%
Volledige verlamming van een onderste ledemaat		60%
Volledige verlamming van de interne nervus popliteus ischiaticus		30%
Volledige verlamming van de externe nervus popliteus ischiaticus		30%
Volledige verlamming van beide nervi poplitei ischiatici		40%
Verkorting van een onderste ledemaat		
a) minstens 5 cm		30%
b) tussen 3 en 5 cm		20%
c) tussen 1 en 3 cm		10%
Volledige ankylose van de heup:		
a) in een slechte positie (flexie, adductie of abductie)		60%
b) in een rechte positie		40%
Amputatie van de dij:		
a) bovenste helft en been		60%
b) onderste helft en been		50%
Niet-geconsolideerde breuk van de dij of beide beenderen van het been (vorming van onderliggende artrose)		50%
Volledige ankylose van de knie:		
a) in flexie (vanaf 130 graden)		50%
b) recht of bijna recht		25%
Chronische gonartrose volgens de graad van spieratrofie		3 to 20%
Niet-geconsolideerde breuk van de knieschijf met grote spreiding van de botfragmenten en aanzienlijke moeilijkheden om het been vanaf de dij te strekken		40%
Amputatie van een been		50%
Tibio-tarsale ankylose		15%
Amputatie van een voet:		
a) volledig (tibio-tarsale ontwrichting)		50%
b) sub-astragaal		40%
c) medio-tarsaal		35%
d) tarso-metatarsaal		30%
Amputatie van alle tenen		20%
Amputatie van de grote teen		10%
Amputatie van een teen verschillend van de grote teen		3%
Ankylose van de grote teen		3,5%

5.5.2. Blijvend karakter van de Invaliditeit

Teneinde in aanmerking te kunnen komen voor uitbetaling van de schadevergoeding, moet de Invaliditeit een blijvend karakter hebben. Dit betekent dat medisch moet zijn vastgesteld dat het verderzetten van de Medische Behandeling niet zal leiden tot een aanzienlijke verbetering van de gezondheidstoestand van de betrokken persoon, en dat de Invaliditeit daardoor definitief en onomkeerbaar zal zijn.

5.5.3. Voorafbestaande aandoeningen (Bestaande Kwalen en Aandoeningen)

De voorafbestaande aandoeningen met betrekking tot ledematen of organen komen niet in aanmerking bij de beoordeling van de Letsels die veroorzaakt zijn door het Ongeval.

5.5.4. Maximum graad van Invaliditeit

De graad van blijvende Invaliditeit kan nooit hoger zijn dan honderd (100)%. Het door de Verzekeraar te vergoeden bedrag zal in geen enkel geval hoger zijn dan honderd (100)% van het verzekerd bedrag.

5.5.5. Verschillende Letsels aan eenzelfde ledemaat

In het geval van verschillende Letsels of aandoeningen die het gevolg zijn van eenzelfde Ongeval of van opeenvolgende Ongevallen, zal elk Letsel of elke aandoening afzonderlijk worden beoordeeld. Het totaal van alle Letsels en aandoeningen van invloed op eenzelfde ledemaat mag echter niet leiden tot een graad van Invaliditeit die hoger is dan in het geval van het volledig verlies van de betrokken ledemaat.

5.5.6. Letsels of aandoeningen die niet vermeld zijn in de Invaliditeitstabel

Voor Letsels of aandoeningen die niet zijn opgenomen in de Invaliditeitstabel, zal de graad van Invaliditeit worden vastgesteld door de in deze lijst opgenomen Letsels als referentiebasis te gebruiken: de Invaliditeitstabel zal gebruikt worden als een hulpmiddel om de graad van Invaliditeit te bepalen naar analogie met de daarin opgenomen items. De schadevergoeding zal in geen enkel geval lager zijn dan het bedrag dat zou worden uitbetaald voor een redelijkerwijs analoog Letsel of aandoening, opgenomen in de Invaliditeitstabel.

5.5.7. Volledig verlies van het gebruik van een ledemaat

Het volledig verlies van het gebruik van een ledemaat zal worden gelijkgesteld aan het verlies van de ledemaat zelf.

5.5.8. Linkshandigen

Linkshandigen, en dit op basis van de verklaring van linkshandigheid in de verklaring van de gezondheidstoestand,

zullen aangepaste vergoedingen ontvangen gerelateerd aan de bovenste rechterledematen in plaats van tot de bovenste linkerledematen, en omgekeerd.

5.5.9. Verzwarende feiten

In het geval dat de gevolgen van een Ongeval verergeren naar aanleiding van aandoeningen, Ziekte of omstandigheden die geen verband houden met de accidentele oorzaak, zal de graad van Invaliditeit niet hoger kunnen zijn dan de graad die zou zijn vastgesteld als het Ongeval betrekking zou hebben op een gezond organisme.

5.6. Bijkomende uitsluitingen

Bovenop de algemene uitsluitingen vermeld in Art. I-11. en Art. I-12., zullen hierna vermelde uitsluitingen van toepassing zijn op de verzekering Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval:

- Ongevallen die het gevolg zijn van duidelijk onbezonnen en/of roekeloze daden van de Verzekerde, of Ongevallen die hij/zij opzettelijk heeft veroorzaakt of uitgelokt;
- de gevolgen van zelfmoord of zelfmoordpogingen;
- Ongevallen die gebeuren in een toestand van intoxicatie of onder invloed van niet-voorgeschreven medicatie behalve als de Verzekerde of de begunstigden kunnen aantonen dat deze toestand het Ongeval niet heeft veroorzaakt;
- Ongevallen veroorzaakt door ioniserende stralen andere dan medische stralen ten gevolge van een verzekerde Medische Behandeling;
- Invaliditeit en/of overlijden ten gevolge van een Ziekte.

5.7. Verplichtingen te vervullen door de Verzekerde

5.7.1. Ongevalsangifte

Elk Ongeval dat aanleiding geeft of zou kunnen geven tot Invaliditeit of overlijden moet schriftelijk worden meegedeeld aan de Verzekeraar (via de Planbeheerder) binnen de veertien (14) dagen nadat het Ongeval zich heeft voorgedaan. De verklaring moet alle informatie bevatten die betrekking heeft op het Ongeval, met inbegrip van:

- plaats, datum en gedetailleerde omstandigheden van het Ongeval;
- namen en adressen van de betrokken personen;
- namen en adressen van getuigen en eventueel aansprakelijke personen;
- het officiële rapport van de lokale overheid (bv. politieverslag of alle andere relevante documenten).

Een medisch attest moet toegevoegd worden aan de verklaring, met daarin vermeld de aard en de ernst van de Letsels van de Verzekerde en de waarschijnlijke duurtijd van de Invaliditeit.

5.7.2. Wijzigingen met betrekking tot de omvang van de Invaliditeit

Elke wijziging met betrekking tot de omvang van de Invaliditeit moet door de Verzekerde binnen de maand worden meegedeeld aan de Verzekeraar (via de Planbeheerder). In het geval dergelijke communicatie ontbreekt, zal elk onrechtmatig aan de Verzekerde uitbetaalde bedrag door hem/haar aan de Verzekeraar moeten worden terugbetaald.

5.7.3. Medische Informatie

De Verzekerde zal zijn/haar behandelende Arts de toelating geven elke relevante informatie met betrekking tot de gezondheidstoestand van de Verzekerde mee te delen aan de raadsgeneesheer van de Verzekeraar.

5.7.4. Overmacht

Er zal geen verval van dekking worden ingeroepen als de Verzekerde kan bewijzen dat de verplichtingen, zoals omschreven in dit artikel, niet werden nageleefd ten gevolge van omstandigheden die volledig buiten zijn/haar macht liggen ('overmacht'), of als de goede trouw van de Verzekerde niet in vraag kan worden gesteld.

5.8. Betaling van de uitkering

Bij de aanvang van de polis, zal de Verzekeringnemer aan de Planbeheerder het formulier 'Aanduiding van begunstigten' bezorgen, door de Verzekerde behoorlijk ingevuld en ondertekend. In het geval van overlijden ten gevolge van een Ongeval, zal de Verzekeraar het verzekerde bedrag uitbetalen aan de aangeduide begunstigten van de Verzekerde (of de wettelijke erfgenaam of erfgenamen indien er geen begunstigten in dit formulier werden vermeld) binnen de maand na ontvangst van:

- de documenten vermeld in Art. II-5.7.1.; en
- een kopij van de geboorteakte van de overledene of een attest van burgerlijke staat, en
- een origineel attest van overlijden, en
- een medisch verslag, opgesteld door een Arts, waarin de oorzaak van het overlijden staat vermeld.

Voordat de schade kan worden uitbetaald, moet het oorzakelijk verband tussen het Ongeval en het overlijden zijn aangetoond. De bewijslast ligt bij de begunstigten.

In het geval van blijvende Invaliditeit veroorzaakt door een Ongeval, zal de Verzekeraar het vaste bedrag uitbetalen aan de Verzekeringnemer. De volgende documenten moeten aan de Planbeheerder worden overhandigd:

- de documenten vermeld in Art. II-5.7.1.;
- een kopij van de geboorteakte van de betrokken Verzekerde of een attest van burgerlijke staat;

- een gedetailleerd medisch verslag, opgesteld door de behandelende Arts, waarin de oorzaak van de Invaliditeit staat vermeld, vergezeld van alle relevante documenten die nodig zijn om de Invaliditeit nauwkeurig vast te kunnen stellen (zie Art. II-5.5. hierboven).

Nadat alle documenten zijn overhandigd aan de Planbeheerder en de toestand van de betrokken Verzekerde voldoende is gestabiliseerd zodat de raadsgeneesheer van de Verzekeraar kan overgaan tot het vaststellen van de graad van Invaliditeit volgens de bepalingen van Art. II-5.5., zal de betaling van het verschuldigde Verzekerde bedrag binnen de maand worden uitgevoerd.

II-6. Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid

6.1. Doel en toelatingscriteria

Het doel van de Verzekering Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid is om, na een wachttijd die hierna wordt gedefinieerd, aan de Verzekerde gedurende een periode van maximum twee (2) jaar een maandelijkse uitkering te garanderen in het geval dat de Verzekerde volledig in de onmogelijkheid verkeert om zijn/haar professionele bezigheden uit te oefenen.

De Verzekering bij Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid kan enkel worden afgesloten voor of door een Expat werknemer en is niet toegankelijk voor de Personen ten Laste (echtgenoot/echtgenote of wettelijke partner/kinderen) van de Verzekerde werknemer.

6.2. Medische aanvaarding tot de verzekering

De kandidaat-Verzekerde kan maar aansluiten bij de verzekering Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid als hij wordt toegelaten door de raadsgeneesheer van de Verzekeraar. Indien de Expat wenst aan te sluiten op een latere datum dan de aansluitingsdatum van de Internationale Medische Verzekering, dient hij een medische vragenlijst in te vullen.

6.3. Vergoeding Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid

De verzekering bij 'Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid' voorziet in een maandelijkse uitkering in het geval de Verzekerde – ingevolge een Ongeval of Ziekte – volledig onbekwaam is zijn/haar professionele activiteiten uit te oefenen (i.e. de normale professionele activiteit op het ogenblik dat de Arbeidsongeschiktheid begon).

6.4. Wachttijden

De uitkering gebeurt na een wachttijd van negentig (90) dagen (waarbinnen er geen verplichting tot vergoeding

is) van ononderbroken volledige ongeschiktheid tot het uitoefenen van de eigen professionele activiteiten. De wachttijd zal aanvangen op de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid, zoals bepaald door de behandelende Arts.

6.5. Vaststelling van de arbeidsongeschiktheid

De arbeidsongeschiktheid moet door voldoende medisch bewijs onderbouwd zijn om door de Verzekerde of zijn/haar Arts voorgelegd te kunnen worden aan de raadsgeneesheer van de Verzekeraar. De raadsgeneesheer van de Verzekeraar heeft het recht om relevante bijkomende informatie te vragen en/of de Verzekerde te laten onderwerpen aan een medisch onderzoek om de arbeidsongeschiktheid te kunnen vaststellen.

6.6. Bedrag en duur van de uitkering

Het bedrag van de maandelijks uitkering in geval van volledige ongeschiktheid van de Verzekerde om zijn/haar eigen professionele activiteiten uit te oefenen, staat vermeld in de Bijzondere Voorwaarden. Het minimumbedrag dat kan worden verzekerd is 1.000 EUR/650 GBP/1.250 USD/1.500 CHF (maandelijks uitkering). Het verzekerd bedrag mag niet hoger zijn dan tachtig (80)% van het brutomaandSalaris van de Verzekerde, en mag ook niet hoger zijn dan 10.000 EUR/6.500 GBP/12.500 USD/15.000 CHF per maand. De Verzekeringnemer zal aan de Planbeheerder een kopij van de laatste loonstaat van de Verzekerde voorleggen. Na de wachttijd van negentig (90) dagen, zal de uitkering worden uitbetaald zo lang de Verzekerde ongeschikt is om zijn/haar beroep uit te oefenen, evenwel beperkt tot een maximumduur van twee (2) jaar.

6.7. Gedeeltelijke werkhervatting

Personen die na de wachttijd van negentig (90) dagen genieten van de maandelijks uitkering en wiens toestand er in die mate op vooruitgaat dat ze bekwaam zijn om hun werk gedeeltelijk te hervatten, mogen (beperkt tot de maximumperiode van twee (2) jaar na de wachttijd) hun uitkering blijven ontvangen. Het bedrag van deze uitkering zal echter worden verminderd, en zal worden berekend door het totale maandelijks verzekerde bedrag te vermenigvuldigen met het percentage van de nog resterende arbeidsongeschiktheid. In het geval de graad van arbeidsongeschiktheid lager zou worden dan dertig (30)%, zal de uitkering stopgezet worden.

6.8. Hervallen

Bij het hervallen, zal de uitkering opnieuw worden uitbetaald zonder dat er een nieuwe wachttijd wordt toegepast. Met hervallen wordt bedoeld, een arbeidsongeschiktheid die zich manifesteert binnen de drie maanden na het einde van de arbeidsongeschiktheid verzekerd in dit contract, en die is

veroorzaakt door dezelfde Ziekte of hetzelfde Ongeval. Elke bijkomende arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van een andere oorzaak is onderhevig aan een nieuwe wachttijd van negentig (90) dagen.

6.9. Betaling van de schadevergoeding

De uitkering in het kader van de arbeidsongeschiktheid zal op het einde van de maand aan de Verzekeringnemer betaald worden en voor de eerste keer op het einde van de maand volgend op het verstrijken van de wachttijd. Als de arbeidsongeschiktheid eindigt in de loop van een maand, zal de uitkering proportioneel worden uitgekeerd in verhouding tot het aantal verlopen dagen van die maand. De betalingen zullen een einde nemen wanneer één van de volgende gelegenheden zich voordoet:

- wanneer de graad van arbeidsongeschiktheid lager wordt dan dertig (30)%;
- bij het overlijden van de Verzekerde;
- aan het einde van de periode van twee (2) jaar van betalingen van de uitkeringen;
- in het geval de verzekeringspolis wordt beëindigd naar aanleiding van niet betaling van de premie;
- op de eerstkomende vervaldag van de polis na de vijftenzestigste (65e) verjaardag van de Verzekerde;
- wanneer de Verzekerde de werkzaamheden volledig hervat.

6.10. Bijkomende uitsluitingen

Bovenop de algemene uitsluitingen vermeld in Art. I-11. en Art. I-12., zullen de hierna vermelde uitsluitingen van toepassing zijn op de Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid.

6.10.1. Bevallingsverlof en geboorte

Bevallingsverlof en arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een geboorte zijn niet verzekerd. Zij zullen niet meegerekend worden in het kader van eender welke wachttijd en zullen geen aanleiding geven tot enige vergoeding. In het geval de Verzekerde vergoedingen zou ontvangen in het kader van een tijdelijke arbeidsongeschiktheid om een andere reden (dan een geboorte of bevallingsverlof), en het bevallingsverlof aanvang zou nemen gedurende deze periode, zal de betaling van de vergoeding worden opgeschort om terug te worden opgestart op het einde van het bevallingsverlof, en dit alleen in het geval de Verzekerde op dat moment het werk nog niet kan hervatten. Als op de einddatum van het normale bevallingsverlof van een Verzekerde, een gezondheidssituatie bestaat waardoor de Verzekerde onmogelijk de normale professionele activiteiten kan hervatten (volledige arbeidsongeschiktheid), zal de wachttijd op dat moment starten.

6.10.2. Gevaarlijke sporten

Arbeidsongeschiktheid die het resultaat is van eender welke sport beoefend vanuit professioneel oogpunt, zelfs in het kader van een bijberoep, of eender welke bezoldigde deelname aan competitiesporten, of het onbezoldigd beoefenen van sporten die gekend zijn om hun onbezonnen en risicovolle karakter zoals:

- rugby;
- wintersportcompetities en -wedstrijden;
- vliegsporren (behalve ballonvaart);
- jacht op groot wild (inclusief safari);
- speleologie en cave diving;
- alpinisme, indien dit niet op officiële trajecten geschiedt;
- racen met motorvoertuigen op het land of het water (met uitzondering van niet-competitieve recreatieve Jet Ski, recreatief waterskiën of toeristische rally's waarvoor geen tijds- of snelheidsnormen worden opgelegd);
- raften, canyoning, bungee springen en gelijkaardige sporten.

6.11. Verplichtingen te vervullen door de Verzekerde en/of de Verzekeringnemer

6.11.1. Mededeling van de arbeidsongeschiktheid

In het geval van ongeschiktheid om de gebruikelijke professionele activiteiten uit te oefenen ten gevolge van Ziekte of Ongeval, moet dergelijke arbeidsongeschiktheid door de Verzekeringnemer zo snel mogelijk schriftelijk worden meegedeeld aan de Planbeheerder en dit ten laatste op de eenennegentigste (91e) dag van de arbeidsongeschiktheid. Tegelijkertijd moet een medisch verslag bezorgd worden aan de Planbeheerder, ter attentie van de raadsgeneesheer van de Verzekeraar. Dit verslag moet opgesteld worden door de behandelende Arts van de arbeidsongeschikte persoon en zowel de aard als de ernst van de arbeidsongeschiktheid van de Verzekerde alsook de waarschijnlijke duurtijd van de arbeidsongeschiktheid vermelden. Bovendien moet ook een bewijs van Salaris ingediend worden.

6.11.2. Wijzigingen in de omvang van de arbeidsongeschiktheid

Elke wijziging met betrekking tot de omvang van de arbeidsongeschiktheid moet door de Verzekerde of zijn/haar Arts binnen de maand worden meegedeeld aan de raadsgeneesheer van de Verzekeraar (via de Planbeheerder). Bij het ontbreken van deze communicatie, zal elk bedrag dat onterecht werd uitbetaald aan de Verzekerde door hem/haar aan de Verzekeraar moeten worden terugbetaald.

6.11.3. Medische Informatie

De Verzekerde zal zijn/haar behandelende Arts de toelating geven om alle relevante informatie met betrekking tot de gezondheidstoestand van de Verzekerde mee te delen aan de raadsgeneesheer van de Verzekeraar.

6.11.4. Overmacht

Er zal geen verval van dekking worden ingeroepen als de Verzekerde kan bewijzen dat de verplichtingen, zoals omschreven in dit artikel, niet werden nageleefd ten gevolge van omstandigheden die volledig buiten zijn/haar macht liggen ('overmacht'), of als de goede trouw van de Verzekerde niet in vraag kan worden gesteld.

II-7. Blijvende Arbeidsongeschiktheid

7.1. Doel en toelatingscriteria

7.1.1. Doel

De verzekering Blijvende Arbeidsongeschiktheid heeft tot doel een maandelijkse vergoeding uit te betalen aan de Verzekerde (max. leeftijd vijftenzestig (65) jaar) die het slachtoffer is van een Blijvende ongeschiktheid die veroorzaakt werd door een Ziekte of een Ongeval, waardoor hij/zij geheel of gedeeltelijk verhinderd wordt zijn/haar professionele activiteiten verder te zetten, met een volledig of gedeeltelijk inkomensverlies tot gevolg.

De verzekering waarborgt Blijvende Arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door Ziekte of Ongeval en waarvan de graad hoger ligt dan 33,33 %. Indien de graad van ongeschiktheid hoger ligt dan 66,67 %, en wanneer de Verzekerde nood heeft aan hulp van een derde om zijn/haar basishandelingen in het dagelijks leven te kunnen uitvoeren, voorziet de verzekering in een bijkomend vast bedrag, in overeenstemming met de bepalingen hieronder vermeld.

7.1.2. Toelatingscriteria

De Blijvende Arbeidsongeschiktheid kan enkel worden onderschreven als een bijkomende verzekering (supplement) aan de Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid. De Blijvende Arbeidsongeschiktheid kan enkel worden onderschreven voor of door een Expat werknemer en is niet toegankelijk voor de Personen ten Laste (echtgenoot/echtgenote of wettelijke partner/kinderen) van de Verzekerde werknemer.

7.2. Medische aanvaarding tot de verzekering

De kandidaat-Verzekerde kan slechts een verzekering Blijvende Arbeidsongeschiktheid afsluiten als hij tot de verzekering wordt toegelaten door de raadsgeneesheer van de Verzekeraar.

7.3. Definitie van Blijvende Arbeidsongeschiktheid (ten gevolge van een Ziekte of Ongeval)

7.3.1. Arbeidsongeschiktheid

Een Verzekerde wordt beschouwd als arbeidsongeschikt ten gevolge van Ziekte of Ongeval, als

- zijn/haar bekwaamheid om te werken, i.e. de mogelijkheid om zijn/haar normale beroepsactiviteiten uit te oefenen (beroep op het ogenblik dat de ongeschiktheid aanving) of eender welke winstgevendende activiteit waarvoor hij/zij redelijkerwijze geschikt is door training, opleiding of ervaring; en
- zijn/haar bekwaamheid om te functioneren in het algemeen;
- verminderd is door de desbetreffende Ziekte of Ongeval. Om in aanmerking te kunnen komen voor de verzekerde schadevergoeding moet er medisch worden vastgesteld dat de Arbeidsongeschiktheid van de Verzekerde van blijvende aard is en dat de graad van (de combinatie van) de Arbeidsongeschiktheid en functionele Invaliditeit hoger ligt dan 33,33 % gebaseerd op de hierna vermelde Invaliditeitstabel (Art. II-7.6.).

7.3.2. Blijvende

'Blijvende' betekent dat het verderzetten van de Medische Behandeling geen aanleiding zal geven tot enige aanzienlijke verbetering van de gezondheidstoestand van de persoon, en dat de Arbeidsongeschiktheid daardoor definitief en onomkeerbaar is.

7.4. Wachtijd

De Blijvende Arbeidsongeschiktheid is een aanvullende verzekering bovenop de Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid. Uitbetaling van de schadevergoeding kan bijgevolg ten vroegste aanvang nemen van zodra de vergoedingen door de Verzekeraar binnen het kader van de Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid beëindigd zijn.

7.5. Bepalen van de graad van Blijvende Arbeidsongeschiktheid

De graad van Blijvende Arbeidsongeschiktheid zal worden vastgesteld aan de hand van een medisch onderzoek. De Verzekeraar (of de Planbeheerder in naam van de Verzekeraar) zal hiervoor een Arts aanstellen die de graad van Arbeidsongeschiktheid zal moeten vaststellen in overeenstemming met de hierna vermelde Invaliditeitstabel.

Invaliditeitstabel

Graad van arbeidsongeschiktheid	Graad van functionele Invaliditeit								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%						36,59	40,00	43,27	46,42
20%				36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30%			36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40%			40,00	46,2	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50%		35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60%		37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70%		39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80%		41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90%		43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100%	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

7.6. Bedrag en duurtijd van de vergoedingen

7.6.1. Berekening van het bedrag van de maandelijkse arbeidsongeschiktheidsuitkering

Verzekerde uitkering

Het bedrag van de verzekerde uitkering staat vermeld in de Bijzondere Voorwaarden. In geen enkel geval kan het bedrag van de verzekerde uitkering hoger zijn dan de maandelijkse vergoeding in het kader van de Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid.

Graad van Blijvende Arbeidsongeschiktheid lager dan 33,33 %

Er wordt geen vergoeding uitgekeerd bij een Arbeidsongeschiktheid die lager is dan 33,33 % (=1/3).

Graad van Blijvende Arbeidsongeschiktheid tussen 33,33 % (=1/3) en 66,67 % (=2/3)

Als de graad van Arbeidsongeschiktheid, zoals bepaald overeenkomstig de bepalingen van de hoger vermelde Art. II-7.3 en Art. II-7.5., zich situeert tussen 33,33 % en 66,67 %, zal het bedrag van de uitkering als volgt worden berekend: $((3 \times n) - 1) \times$ verzekerde uitkering, waarbij 'n' de graad van Arbeidsongeschiktheid is (%).

Graad van Blijvende Arbeidsongeschiktheid die hoger is dan 66,67 % (=2/3)

Als de graad van Arbeidsongeschiktheid, zoals bepaald overeenkomstig de bepalingen van de hoger vermelde Art. II-7.3. en Art. II-7.5., hoger is dan 66,67 %, zal het bedrag van de uitkering gelijk zijn aan het bedrag van de verzekerde uitkering (honderd (100)%).

7.6.2. Bijkomende uitkering in het geval er nood is aan bijstand door een derde

De Verzekeraar zal aan de Verzekerde een éénmalige bijkomende vergoeding betalen van 25.000 EUR/16.250 GBP/31.250 USD/37.500 CHF (eenmalig vast bedrag), als van bij het begin van de Arbeidsongeschiktheid (i.e. vanaf het moment dat de Arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt uitbetaald) de graad van Blijvende Arbeidsongeschiktheid 66,67 % overschrijdt, en als de Verzekerde, van bij de aanvang van de Arbeidsongeschiktheid, bijstand nodig heeft van een derde teneinde de volgende handelingen in het dagelijks leven te kunnen uitvoeren:

- zich voeden (vastpakken en tot zich nemen van bereid eten),
- zich aankleden,
- zich wassen,
- continent zijn,
- rondbewegen (zichzelf verplaatsen van een bed naar een stoel of omgekeerd, en de bekwaamheid om zich voort te bewegen of horizontale oppervlakken).

7.6.3. Jaarlijkse aanpassing van de Arbeidsongeschiktheidsuitkering (indexering)

De maandelijkse Arbeidsongeschiktheidsuitkering zal onderworpen worden aan een jaarlijkse stijging van twee (2)%. Deze aanpassing zal voor de eerste keer gebeuren aan het einde van de eerste maand van het eerste kalenderjaar volgend op de eerste vergoeding waarop de Verzekerde recht heeft.

7.6.4. Duurtijd van de vergoeding

De vergoedingen zullen worden uitbetaald tot ten laatste het einde van de maand waarin de Verzekerde:

- de leeftijd van vijftenzestig (65) jaar bereikt;
- overlijdt;
- terug begint te werken;
- welke gebeurtenis ook eerst plaats vindt.

7.7. Betaling van de vergoeding

De arbeidsongeschiktheidsuitkering zal maandelijks worden uitbetaald, op het einde van elke maand. Vooraleer ook maar één betaling kan worden uitgevoerd, moet de Planbeheerder een kopij hebben ontvangen van het geboortecertificaat of een attest van burgerlijke staat van de Verzekerde.

7.8. Bijkomende uitsluitingen

Bovenop de algemene uitsluitingen vermeld in Art. I-11. en Art. I-12., zijn de volgende uitsluitingen ook van toepassing op de Verzekering bij Blijvende Arbeidsongeschiktheid:

- Arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van eender welke sport beoefend vanuit professioneel oogpunt, zelfs in het kader van een bijberoep, of eender welke bezoldigde deelname aan competitie sporten, of het onbezoldigd uitoefenen van sporten die gekend zijn om hun onbezonnen en risicovolle karakter zoals:
- rugby;
- wintersportcompetities en -wedstrijden;
- vliegsporten (behalve ballonvaart);
- jacht op groot wild (inclusief safari);
- speleologie en cave diving;
- alpinisme, indien dit niet op officiële trajecten geschiedt;
- racen met motorvoertuigen op het land of het water (met uitzondering van niet-competitieve recreatieve Jet Ski, recreatief waterskiën of toeristische rally's waarvoor geen tijds- of snelheidsnormen worden opgelegd);
- raften, canyoning, bungee springen en gelijkaardige sporten.

7.9. Verplichtingen te vervullen door de Verzekerde

7.9.1. Vaststelling van de Arbeidsongeschiktheid – medische informatie

De Arbeidsongeschiktheid moet worden gestaafd door voldoende medisch bewijs dat door de Verzekerde of zijn/haar Arts overhandigd moet worden aan de raadsgeneesheer van de Verzekeraar. De Verzekerde zal zijn/haar behandelende Arts de toelating geven elke relevante informatie met betrekking tot de gezondheidstoestand van de Verzekerde mee te delen aan de raadsgeneesheer van de Verzekeraar. De raadsgeneesheer van de Verzekeraar heeft het recht om bijkomende relevante informatie te vragen en/of de Verzekerde een medisch onderzoek te laten ondergaan om de Invaliditeit te kunnen vaststellen. Bovendien moet ook een bewijs van Salaris ingediend worden.

7.9.2. Wijzigingen in de omvang van de Arbeidsongeschiktheid

Elke wijziging met betrekking tot de omvang van de Arbeidsongeschiktheid moet door de Verzekerde (via de Planbeheerder) binnen de maand worden meegedeeld aan de Verzekeraar. Bij het ontbreken van deze communicatie, zal elk bedrag dat onterecht werd uitbetaald aan de Verzekerde door hem/haar aan de Verzekeraar moeten worden terugbetaald.

ALGEMENE VOORWAARDEN

Voor meer informatie en deskundig advies, neemt u contact op met:

ExpatriPlus
P.O. Box 69
2140 Antwerpen
België
Tel. + 32 3 217 65 29
Fax + 32 3 663 73 14
E-mail info@expatplus.com

www.expatplus.com



is a product of

