

Paritair Comité voor de koopvaardij

Collectieve arbeidsovereenkomst van
16 december 2009

Collectieve arbeidsovereenkomst betreffende de invoering van een sectorale hospitalisatieverzekering voor officieren ingeschreven op de Poollijst zoals bedoeld in artikel 1bis, 1° van de besluitwet van 7 februari 1945 betreffende de maatschappelijke veiligheid van de zeelieden ter koopvaardij

Artikel 1. Deze collectieve arbeidsovereenkomst is van toepassing op :

- de werkgevers van de ondernemingen die ressorteren onder het Paritair Comité voor de koopvaardij;
- de officieren, zowel mannen als vrouwen, ingeschreven op de Poollijst zoals bedoeld in artikel 1bis, 1° van de besluitwet van 7 februari 1945 betreffende de maatschappelijke veiligheid van de zeelieden ter koopvaardij.

Art. 2. De Koninklijke Belgische Redersvereniging sluit in naam van de werkgevers via makelaar Belgibo voor verzekeraar DKV een hospitalisatieverzekering af ten gunste van alle officieren bedoeld in artikel 1. Een kopie van de verzekeringspolis is aangehecht aan deze collectieve arbeidsovereenkomst (bijlage 1).

Art. 3. De werkgevers die vóór 01/01/2010 voor hun officieren reeds een hospitalisatieverzekering hebben afgesloten, zijn voor die officieren vrijgesteld van de hospitalisatieverzekering vermeld in artikel 2 op voorwaarde dat die hospitalisatieverzekering minstens evenwaardig is aan de hospitalisatieverzekering zoals vermeld in de verzekeringspolis in bijlage 1. In voorkomend geval brengen zij de Voorzitter van het Paritair Comité voor de koopvaardij hiervan per aangetekende brief op de hoogte vóór 01/01/2010.

Art. 4. De officieren bedoeld in artikel 1 kunnen van de hospitalisatieverzekering ten laste van de werkgever gebruik maken zolang zij ingeschreven zijn op de Poollijst zoals bedoeld in artikel 1.

Art. 5. De mogelijkheid wordt geboden aan de officieren om hun gezinsleden eveneens te ver-

Commission paritaire pour la marine marchande

Convention collective de travail du
16 décembre 2009

Convention collective de travail restaurant une assurance hospitalisation sectorielle pour les officiers inscrits sur la liste du Pool, visée à l'article 1bis, 1°, de l'arrêté-loi du 7 février 1945 concernant la sécurité sociale des marins de la marine marchande

Article 1^{er}. La présente convention collective de travail s'applique:

- aux employeurs des entreprises qui ressortissent à la Commission paritaire pour la marine marchande;
- aux officiers, tant masculins que féminins, inscrits sur la liste du Pool, visée à l'article 1bis, 1°, de l'arrêté-loi du 7 février 1945 concernant la sécurité sociale des marins de la marine marchande.

Art. 2. Par l'intermédiaire du courtier Belgibo pour l'assureur DKV, l'Union Royale des Armateurs Belges contracte au nom des employeurs une assurance hospitalisation en faveur de tous les officiers visés à l'article 1^{er}. Une copie de la police d'assurance est jointe à la présente convention collective de travail comme annexe 1.

Art. 3. Les employeurs qui, avant le 01/01/2010, ont déjà conclu une assurance hospitalisation pour leurs officiers sont dispensés pour ces officiers de l'assurance hospitalisation mentionnée à l'article 2 à condition que cette assurance hospitalisation soit au moins équivalente à l'assurance hospitalisation mentionnée dans la police d'assurance en annexe 1. Le cas échéant, ils en informent, avant le 01/01/2010, le Président de la Commission paritaire pour la marine marchande par lettre recommandée.

Art. 4. Les officiers visés à l'article 1^{er} peuvent recourir à l'assurance d'hospitalisation à charge de l'employeur tant qu'ils sont inscrits sur la liste du Pool visée à l'article 1^{er}.

Art. 5. La possibilité est offerte aux officiers d'assurer également les membres de leur fa-

zekeren. Zij nemen de premies die hiervoor betaald moeten worden zelf ten laste.

Enkel de gezinsleden die verzekerd zijn bij de HVKZ komen hiervoor in aanmerking.

De officieren die beslissen hun gezinsleden mee te verzekeren, gaan deze verplichting aan voor alle gezinsleden die verzekerd zijn de HVKZ.

De verzekeringswaarborg voor de gezinsleden vervalt zodra de officier uitgeschreven wordt van de Poollijst.

Art. 6. Wanneer zij niet langer ingeschreven zijn in de Poollijst kunnen de officieren, en eventueel hun gezinsleden, verder verzekerd blijven in een individuele polis.

De vraag hiervoor moet worden gesteld binnen de 105 dagen na het einde van de verzekeringswaarborg met als ingangsdatum de eerste van de maand volgend op dit einde.

Art. 7. De waarborg van deze hospitalisatieverzekering geldt wereldwijd.

Voor de officieren geldt de dekking enkel tijdens de periodes dat zij afgemonsterd zijn.

Voor de eventuele gezinsleden telt de dekking ook als de officieren aan boord zijn.

Art. 8. Er zijn geen wachttijden voorzien indien de aansluiting bij de verzekeringverstrekker wordt geregistreerd ten laatste binnen de twee maanden die volgen op de gebeurtenis:

- voor diegenen die op de ingangsdatum van het contract aansluiten;
- voor de nieuwe personeelsleden: aansluiting op de eerste dag van de maand van indiensttreding;
- voor de nieuwe gezinsleden: aansluiting op de eerste dag van de maand van het huwelijk, de geboorte,...;
- voor diegene die aansluiten op de eerste dag van de maand die volgt op het einde van een gelijkaardige dekking.

Er is een algemene wachttijd van 13 maanden voor elke laattijdige aansluiting.

mille. Ils prennent eux-mêmes en charge les primes qui doivent être payées à cette fin.

Seuls les membres de la famille assurés auprès de la CSPM seront pris en considération pour cette assurance.

Les officiers qui décident de co-assurer les membres de leur famille contractent cette obligation pour tous les membres de la famille assurés auprès de la CSPM.

La garantie d'assurance pour les membres de la famille expire dès que l'officier est radié de la liste du Pool.

Art. 6. Lorsqu'ils ne sont plus inscrits sur la liste du Pool, les officiers et, éventuellement les membres de leur famille, peuvent continuer à être assurés par une police individuelle.

La demande à cet effet doit être introduite dans les 105 jours après échéance de la garantie d'assurance avec, comme date d'entrée en vigueur, le premier jour du mois qui suit cette échéance.

Art. 7. La garantie de cette assurance d'hospitalisation est valable dans le monde entier.

Pour les officiers, la couverture n'est valide que durant les périodes où ils sont débarqués.

Pour les éventuels membres de la famille, la couverture est également valide quand les officiers sont à bord.

Art 8. Aucun délai d'attente n'est prévu lorsque l'affiliation est enregistrée auprès de l'assureur au plus tard dans les deux mois suivant l'événement:

- pour ceux qui s'affilient à la date de prise de cours du contrat;
- pour les nouveaux membres du personnel: affiliation le premier jour du mois d'entrée en service;
- pour les nouveaux membres de la famille: affiliation le premier jour du mois du mariage, de la naissance,...;
- pour ceux qui s'affilient le premier jour du mois suivant l'expiration d'une couverture équivalente.

Un délai d'attente général de 13 mois est prévu pour toute affiliation tardive.

Art. 9. Indien een officier een schorsing aanvraagt van de Poollijst is de werkgever niet verplicht de hospitalisatieverzekering voor die periode ten laste te nemen.

Art. 10. Indien een officier ziek wordt of een arbeidsongeval heeft, betaalt de laatste werkgever de hospitalisatiepremie tijdens de periode dat de officier een vervangingsinkomen krijgt van de Hulp- en Voorzorgskas of van het Fonds Arbeidsongevallen.

De betaling ten laste van de werkgever stopt op het ogenblik dat de zeevarende als invalide wordt erkend.

Art. 11. Indien een officier zelf ontslag neemt, betaalt de werkgever de hospitalisatiepremie tot het einde van de maand waarin de laatste dag van het verlof opgebouwd tijdens de laatste reis valt.

Art.12. Indien een officier ontslagen wordt, betaalt de werkgever de hospitalisatiepremie tot en met de laatste dag van de opzegperiode.

Art. 13. Deze collectieve arbeidsovereenkomst heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2010 en is gesloten voor onbepaalde duur. Zij kan door elk van de partijen worden opgezegd met een opzeggingstermijn van twaalf maanden, betekend bij aangetekende brief, gericht aan de voorzitter van het Paritair Comité voor de koopvaardij en aan elk van de ondertekende partijen.

De termijn van 12 maanden vangt aan vanaf de datum waarop de aangetekende brief aan de voorzitter van het paritair comité is toegestuurd.

Art 9. Si un officier demande une suspension de la liste du Pool, l'employeur n'est pas tenu de prendre l'assurance hospitalisation à charge pendant cette période.

Art. 10. Si un officier tombe malade ou a un accident du travail, le dernier employeur paie la prime hospitalisation pendant la période où l'officier reçoit un revenu de remplacement de la Caisse d'aide et de prévoyance ou du Fonds des accidents du travail.

Le paiement à charge de l'employeur s'arrête au moment où le marin est reconnu comme invalide.

Art. 11. Si un officier démissionne, l'employeur paie la prime d'hospitalisation jusqu'à la fin du mois au cours duquel tombe le dernier jour de congé constitué pendant le dernier voyage.

Art. 12. Si un officier est licencié, l'employeur paie la prime d'hospitalisation jusqu'au dernier jour du délai de préavis.

Art. 13. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010 et est conclue pour une durée indéterminée. Elle peut être dénoncée par chacune des parties moyennant un délai de préavis de douze mois notifié par lettre recommandée à la poste et adressée au président de la commission paritaire pour la marine marchande et à chacune des parties signataires.

Le délai de douze mois débute à la date à laquelle la lettre recommandée a été envoyée au président de la commission paritaire.

**COLLECTIEVE VERZEKERING HOSPITALISATIE
AFGESLOTEN TUSSEN
DKV BELGIUM NV
&
KONINKLIJKE BELGISCHE REDERSVERENIGING
PLAN IS+ - nr. 42007425**

Waarborgen & verzekerde kapitalen

- Verzekerde risico's : ziekte, ongeval en bevalling
- Hospitalisatiekosten (kamer & medische prestaties) Onbeperkt
- Vrije keuze van kamer, arts en ziekenhuis
- Zwangerschappen en bevallingen Onbeperkt
- De ambulante zorgen 60 dagen voor en 180 dagen na de hospitalisatie Onbeperkt
- De ambulante zorgen ten gevolge van 27 zware ziekten Onbeperkt
kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Pompe, ziekte van Crohn, ziekte van Alzheimer, AIDS, diabetes, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encefalitis, letanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nierdialyse.
- Transport per ziekenwagen in België Onbeperkt
- Helihielp in België van de plaats van het ongeval naar het ziekenhuis voor zover dit medisch noodzakelijk is en er geen ander vervoermiddel gebruikt kan worden
- Palliatieve zorgen zijn gedekt
- Amateursporten zijn gedekt
- De donorkosten met een max. van € 1.250,00 (geen periode pre/post)
- Rooming-in (aanwezigheid van een ouder bij het kind jonger dan 18 jaar)
- Mortuariumkosten (vermeld op de hospitalisatiefactuur)
- Kraamhulp binnen de grenzen opgenomen in een tussen de kraamzorginstelling en DKV afgesloten overeenkomst

One-day-clinic

De stationaire behandeling in een verpleeginstelling voor zover de verpleeginstelling minstens één ligdag in rekening brengt, evenals in een verzekerde inrichting die erkend is als "One-day-clinic" voor zover een chirurgische daghospitalisatie of een daghospitalisatie met een maxi-forfait of een dagziekenhuisforfait (de groepen 1 tot en met 7) wordt aangerekend.

Vrijstelling

De vrijstelling bedraagt € 75,00 per verzekerde persoon, per verzekeringsjaar. De vrijstelling is evenwel niet van toepassing op de ambulante kosten (buiten de pre/post periode) in geval van zware ziekte.

Aansluitingsvoorwaarden

- De aansluiting is verplicht voor alle officieren die ingeschreven zijn in de Pool der Zeevarenden en aangesloten zijn bij de Kas voor Zeevarenden.
- Voor de gezinsleden is de aansluiting facultatief. Indien een werknemer één van zijn gezinsleden wenst aan te sluiten, heeft hij echter de verplichting alle leden van het gezin aan te sluiten (behalve voor de familieleden die reeds een gelijkwaardige dekking genieten).
- De personen die niet aansluiten binnen de 3 maanden nadat zij het recht op aansluiting verworven hebben, worden aangesloten de eerste dag van de 13de maand die volgt op de aanvraag tot aansluiting.
- De verzekerbare gezinsleden zijn : de echtgeno(o)t(e) of de samenwonende levenspartner en hun kinderen die fiscaal ten laste zijn.
- Elke wijziging in de gezinssituatie dient aan de personeelsdienst van de werkgever gemeld te worden (geboorte - echtscheiding - kind dat fiscaal niet meer ten laste is - samenwonende levenspartner).

Voordelen van onze aansluitingsvoorwaarden

- Geen medische vragenlijst.
- Dekking van voorafbestaande ziekten en aandoeningen.
- Geen wachttijden, zelfs niet voor bevallingen.

Terugbetalingspercentages

Van zodra de wettelijke ziekteverzekering geheel of gedeeltelijk tussenkومت in de verblijfkosten (kamer) van een hospitalisatie, betaalt DKV, na aftrek van de vrijstelling, 100% van alle kosten terug die ten laste zijn gebleven van de patiënt, zelfs indien er geen wettelijke tussenkومت was voor bepaalde medische prestaties. DKV herleidt zijn tussenkومت tot 50 % indien er bij een hospitalisatie helemaal geen tussenkومت is van de wettelijke ziekteverzekering. Indien er geen wettelijke tussenkومت is in de ambulante kosten tijdens de pre/post periode en in geval van zware ziekte, bedraagt de tussenkومت 50%.

Het continuïteitsprincipe

Indien bij het verlies van het voordeel van de huidige waarborg, de werknemer gedurende 24 maanden ononderbroken aangesloten geweest is bij het huidige verzekeringscontract of bij andere opeenvolgende collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten, gebeurt de voortzetting op individuele basis zonder medische vragenlijst en zonder wachttijden. Indien de anciënniteit van 24 maanden niet verworven is, kan de verzekeraar de onderschrijving van een individueel plan ondergeschikt maken aan Bijzondere Voorwaarden op basis van het indienen van een degelijk ingevuld verzekeringsvoorstel. De aanvraag tot verderzetting dient schriftelijk of elektronisch aangevraagd te worden bij de verzekeraar binnen een termijn van 105 dagen.

Territorialiteit

Alle landen van de Europese Unie.

Eik ander land voor zover bewezen is dat de reis niet ondernomen werd met de bedoeling er een medische behandeling te ondergaan.

Uitsluitingen

Behandelingen die medisch niet noodzakelijk zijn; zuiver esthetische ingrepen zonder verband met een ziekte of een ongeval; tandbehandelingen, tandprothesen en tandmateriaal; sterilisaties en kunstmatige bevruchtingen; alle preventieve behandelingen alvorens er ziekte is (bv. inentingen); poging tot zelfmoord; dronkenschap en toxicomanie; contraceptiva; opnames naar aanleiding van een depressie, behalve in geval van een stationaire psychotherapeutische en/of psychosomatische behandeling in een verpleeginstelling wordt de tussenkومت beperkt tot 120 dagen per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Richtlijnen in verband met de terugbetaling van uw medische kosten

a. Hospitalisatiekosten

Opname in één van de 240 ziekenhuizen die de DKV Medicard erkennen

De Medicard voorleggen bij de opname. De patiënt dient noch voorschotten noch andere facturen te betalen daar de hospitalisatiekosten rechtstreeks afgerekend worden tussen het ziekenhuis en DKV.

Opname in een ziekenhuis dat de DKV Medicard niet erkent

- De hospitalisatie aan DKV melden door middel van het schade-aangifteformulier (S28/1).
- De originele hospitalisatiefactuur naar DKV opsturen.

b. Ambulante kosten bij zware ziektes/Ambulante kosten pré & post

- Kopij maken van alle documenten m.b.t. de medische prestaties en kostennota's/facturen.
- De originele en uw ziekenfonds bezorgen.
- De kopijen en de afrekening van het ziekenfonds naar dkv opsturen.
- De originele documenten aan dkv bezorgen indien er geen tussenkومت is van het ziekenfonds.

In elke briefwisseling met DKV, het polisnummer vermelden alsook uw naam en voornaam.

Voor al uw vragen en wijzigingen kan u mailen naar :

Bestandsbeheer: DATABASE@DKV.BE - Schades: CLAIMS.GRP@DKV.BE

VERZEKERINGSCONTRACT
nummer: 42007425
BIJZONDERE VERZEKERINGSVOORWAARDEN
(B.V.V.)

De Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden (B.V.V.) zijn opgesteld in uitvoering van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V. Editie 09/2008 nummer 17001) en de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V. Editie 10/2007 nummer 27101).

- B.V.V.1. VERZEKERINGSNEMER (=A.V.V.2.)**
De verzekeringnemer is KONINKLIJKE BELGISCHE REDERSVERENIGING VZW gevestigd te 2000 ANTWERPEN, Brouwersvliet 33 bus 9.
- B.V.V.2. FILIAAL (=A.V.V.3.)**
De filialen zijn :
Filiaal 1 : KONINKLIJKE BELGISCHE REDERSVERENIGING VZW
- B.V.V.3. VERZEKERINGSPLAN (=A.V.V.6.)**
Het onderschreven verzekeringsplan is het plan IS Plus.
- B.V.V.4. VERZEKERINGSJAAR (=A.V.V.14.)**
De jaarlijkse vervalddag is vastgesteld op 1 januari.
- B.V.V.5. PREMIEBETALINGSPERIODICITEIT (=A.V.V.45.)**
De premie is maandelijks betaalbaar.

VERZEKERINGSPLAN : IS PLUS

B.V.V. PREMIE (=A.V.V.15.)
ISP.1. De netto maandpremie (exclusief taks en RIZIV-bijdrage) bedraagt :
 Kind jonger dan 18 jaar : € 4,14
 Volwassene jonger dan 65 jaar : € 11,23

B.V.V. BEGIN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG (=A.V.V.24.)
ISP.2. De verzekeringswaarborg vangt aan op 1 januari 2010.

Punt A.V.V.24.2 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden werd als volgt gewijzigd:

A.V.V.24.2. De verzekeringswaarborg begint voor elke verzekerde persoon, na ontvangst door de verzekeraar van de behoorlijke toetreding, op de begindatum vastgesteld in het verzekeringsbewijs.

A.V.V.24.2.1. Voor de personen, waarvan de aansluiting niet is geregistreerd binnen de 3 maanden na de gebeurtenissen vermeld onder punt 24.2.2., vangt de waarborg aan, de eerste dag van de 13e maand volgend op de datum waarop de verzekeraar de aanvraag tot aansluiting ontvangen heeft.

A.V.V.24.2.2. Indien de aansluiting door de verzekeraar is geregistreerd, ten laatste op het einde van de 3^e maand die volgt op de gebeurtenis die aanleiding geeft tot het recht op aansluiting, dan begint de waarborg de eerste dag van de maand:

A.V.V.24.2.2.1. van de indiensttreding van de werknemer;

A.V.V.24.2.2.2. van het huwelijk, van het officieel samenwonen, van de geboorte, van de adoptie voor nieuwe familieleden; dit voor zover de andere gezinsleden reeds verzekerd zijn;

A.V.V.24.2.2.3. die volgt op het einde van een gelijkaardige of overeenkomstige verzekeringswaarborg waarvan de persoon genoot.

B.V.V. VERZEKERINGSGEVAL (= T.V.V. 2.)
ISP.3. In afwijking van de bepalingen voorzien in artikel T.V.V.2.1.1. vangt het verzekeringsgeval aan 60 dagen voor de opname in een verpleeginstelling (= voorhospitalisatieperiode) en eindigt 180 dagen na het vertalen van de verpleeginstelling maar ten laatste bij het begin van een nieuw verzekeringsgeval (= nahospitalisatieperiode).

B.V.V. VERZEKERD RISICO (=T.V.V.2.2.)
ISP.4. De verzekerde risico's zijn :
 ziekte
 ongeval
 bevalling

B.V.V. VRIJSTELLING (=T.V.V.3.)
ISP.5. De vrijstelling bedraagt € 75,00.

De vrijstelling wordt niet toegepast op de ambulante kosten (buiten de voor- en nahospitalisatieperiode) in verband met zware ziekten.

B.V.V. VERZEKERBAARHEID (=T.V.V.4.)
ISP.6. Zijn enkel verzekerd alle officieren die ingeschreven zijn in de Pool der Zeevarenden en aangesloten zijn bij de Hulpkas voor Zeevarenden en die beantwoorden aan de bepalingen voorzien in de punten T.V.V.4.1.1. tot en met T.V.V.4.1.5.

De aansluiting is verplicht voor de personeelsleden. De gezinsleden sluiten facultatief, maar familiaal aan.

B.V.V. TERUGBETALINGSPERCENTAGE (=T.V.V.2.5., T.V.V.2.7.)
ISP.7. Het terugbetalingspercentage bedraagt

voor ziekte :	100 %
voor ongeval :	100 %
voor bevalling :	100 %

Opgemaakt in zoveel exemplaren als partijen waarbij elke partij verklaart zijn exemplaar te hebben ontvangen, gelezen en goedgekeurd.

Brussel, 04/12/2009.

De Verzekeraar
 DKV Belgium N.V.
 vertegenwoordigd door

De Verzekeringnemer
 KONINKLIJKE BELGISCHE
 REDERSVERENIGING VZW
 vertegenwoordigd door

A.VANDESSEL
 Senior Manager

VERZEKERINGSPLAN ISPLUS GROEP: Hospitalisatiekosten, voor- en na hospitalisatiekosten, ambulante kosten i.v.m. zware ziekten TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (T.V.V.) - Editie: 10/2007

DE TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (T.V.V.) ZIJN OPGESTELD IN UITVOERING VAN DE ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (A.V.V.).

1. VERZEKERINGSPLAN (= A.V.V. 6)

Het verzekeringsplan is het Plan ISPlus.

2. VERZEKERINGSGEVAL (= A.V.V. 7)

- 2.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door
- 2.1.1. de stationaire behandeling in een verpleeginstelling voor zover de verpleeginstelling minstens één ligdag in rekening brengt, evenals in een verzekerde verpleeginstelling die erkend is als 'One-day-clinic' voor zover een chirurgische daghospitalisatie of een 'daghospitalisatie met een maxi-forfait of een dagziekenhuisforfait (de groepen 1 tot en met 7) wordt aangerekend.
Het verzekeringsgeval vangt aan 30 dagen voor de opname in de verpleeginstelling (= voorhospitalisatieperiode) en eindigt 90 dagen na het verlaten van de verpleeginstelling maar ten laatste bij het begin van een nieuw verzekeringsgeval (= nahospitalisatieperiode).
Bij behandeling in een verpleeghotel of in een palliatieve instelling gelijkgesteld met een verpleeginstelling is er geen dekking tijdens de voor- en nahospitalisatieperiode.
Bevallingen thuis worden gelijkgesteld met een bevalling in een verpleeginstelling.
- 2.1.2. de ambulante behandeling van een als zware ziekte (zie T.V.V. punt 2.3.) gekwalificeerde ziekte, indien er een rechtstreeks verband is tussen de zware ziekte en de behandeling. Dit enkel voor de kosten gedefinieerd onder T.V.V. punt 2.7.
- 2.2. De verzekeringswaarborg omvat de verzekeringsgevallen opgetreden ingevolge een risico omschreven in de polis.
- 2.3. Worden enkel als zware ziekten aangemerkt behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze: kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Pompe, ziekte van Crohn, ziekte van Alzheimer, AIDS, diabetes, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encefalitis, tetanus, virale hepatitis, malaria, vlektyfus, tyfus, paratyfus, difterie, cholera, miltvuur, mucoviscidose, nieraandoening die dialyse vereist.
- 2.4. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de medische kosten die :
- 2.4.1. een curatief, diagnostisch of palliatief karakter hebben;
- 2.4.2. medisch noodzakelijk zijn;
- 2.4.3. verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers;
- 2.4.4. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn;
- 2.4.5. gemaakt zijn tijdens de duur van het verzekeringsgeval.
Onder de aldus opgesomde voorwaarden, waarborgt de verzekeraar de therapeutische vrijheid van de zorgverstrekker en van de verzekerde persoon.
- 2.5. Worden terugbetaald, per verzekeringsgeval, aan het terugbetalingspercentage voorzien in de polis, na de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit:
- 2.5.1. de verblijfskosten;
- 2.5.2. de verblijfs- en de logementskosten van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind, voor zover de ouder verzekerd is volgens eenzelfde verzekeringsplan, de aanwezigheid van de ouder beschouwd moet worden als een onmisbaar bestanddeel van de medische behandeling en het kind de leeftijd van 18 jaar niet bereikt heeft;
- 2.5.3. de verblijfskosten van de donor met een maximum van € 1.250 bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde en gehospitaliseerde persoon;
- 2.5.4. de kosten van de medische prestaties;
- 2.5.5. de kosten van de paramedische prestaties;
- 2.5.6. de kosten van de farmaceutische producten, verbanden en van het medisch materiaal;
- 2.5.7. de kosten van de medische hulpmiddelen;
- 2.5.8. de chirurgiekosten;
- 2.5.9. de verdovingskosten;
- 2.5.10. de kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de bevallingskamer;
- 2.5.11. de kosten van de medische protheses;
- 2.5.12. de kosten van de kunstledematen;
- 2.5.13. de vervoerskosten per ziekenwagen in België;

- 2.5.14. de vervoerskosten per helikopter in België van de plaats van het ongeval naar de verpleeginstelling voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoersmiddel gebruikt kan worden;
- 2.5.15. de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
- 2.5.16. de kosten voor kraamhulp na de bevalling, binnen de grenzen opgenomen in een tussen de kraamzorginstelling en de verzekeraar afgesloten overeenkomst. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorgen die thuis verstrekt worden door de bevoegde kraamverzorgster aan de moeder, de pasgeborene en het gezin.
- 2.6. indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50 %, na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit.
- 2.7. Worden terugbetaald per verzekeringsgeval en aan het terugbetalingspercentage voorzien in de polis na tussenkomst van de wettelijke, statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit voor zover zij rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de behandeling in de verpleeginstelling en gemaakt zijn tijdens de voor- en nahospitalisatieperiode (= voor- en nahospitalisatiekosten) of in geval van zware ziekte:
- 2.7.1. de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging;
- 2.7.2. de kosten van homeopathische behandeling, acupunctuur, osteopathie en chiropraxie-behandeling;
- 2.7.3. de kosten van de paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten; Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen : de verpleegkundige zorgen, de kinesitherapie en de fysiotherapie.
- 2.7.4. de kosten van de medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer en voorafgaandelijk door de verzekeraar toegelaten; Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen : de brillanglazen, de contactlenzen, de hoorapparaten, de breukbanden, de spataderkousen, de orthopedische zolen, de gipschelpen, de lumbostaat, de spaiken en de kruiken. De behoorlijk bewezen kosten zijn gedeekt met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken;
- 2.7.5. de kosten van de medische protheses;
- 2.7.6. de kosten van de kunstledematen;
- 2.7.7. de kosten, indien voorgeschreven door een geneesheer, van de allopathische en homeopathische producten, verbanden en van het medisch materiaal met uitsluiting van elk type van product dat in de handel in het algemeen verkregen kan worden;
- 2.8. indien de wettelijke ziekteverzekering niet tussenkomt, wordt het terugbetalingspercentage herleid met 50 %, na aftrek van de statutaire of welke andere tussenkomst ook van de mutualiteit. Indien de verzekerde persoon enkel verzekerd is voor de grote risico's bij de mutualiteit zal een fictieve mutualiteitstussenkomst (indien de RIZIV nomenclatuur een terugbetaling voorziet) in mindering gebracht worden.

3. VRIJSTELLING (= A.V.V. 13)

De vrijstelling wordt toegepast :

- 3.1. per verzekerde persoon;
- 3.2. per verzekeringsjaar maar in evenredigheid met het aantal maanden gelegen tussen het begin van een verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum indien dit begin niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum;
- 3.3. één keer op het verzekeringsgeval dat zich op ononderbroken wijze over twee opeenvolgende verzekeringsjaren uitstrekt.

4. VERZEKERBAARHEID (= A.V.V. 16)

- 4.1. De aansluiting voor de personeelsleden is verplicht. De aansluiting kan gebeuren voor zover:
- 4.1.1. zij onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid, en ervan genieten;
- 4.1.2. niet is aangetoond dat een gelijkaardig of identiek risico hetzij geheel hetzij gedeeltelijk reeds door een ander verzekeringscontract is gedekt;
- 4.1.3. zij hun woonplaats en vaste verblijfplaats in België hebben of in één aan België grenzend land;
- 4.1.4. zij actief werkzaam zijn voor een in België gelegen filiaal van de verzekeringsnemer;
- 4.1.5. zij aangeworven zijn met een contract van onbepaalde duur.
- 4.2. De aansluiting van de familieleden is facultatief. De aansluiting kan gebeuren voor zover:
- 4.2.1. zij met het verzekerde personeelslid officieel samenwonen;
- 4.2.2. zij onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid en ervan genieten;
- 4.2.3. deze zich uitstrekt tot alle familieleden;
- 4.2.4. niet is aangetoond dat een gelijkaardig of identiek risico hetzij geheel hetzij gedeeltelijk reeds door een ander verzekeringscontract is gedekt.

5. NIET VOORZIENE OF UITGESLOTEN RISICO'S (= A.V.V. 25)

De verzekeringswaarborg omvat niet:

- 5.1. de verzekeringsgevallen die lopend zijn (behalve in geval van een overname van een lopend verzekeringscontract dat een gelijkaardig of identiek risico dekt) bij de begindatum van de verzekeringswaarborg waarbij de datum van opname in de verpleeginstelling in aanmerking wordt genomen;
- 5.2. de tandbehandelingen ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond;
- 5.3. de tandprotheses en het tandmateriaal ongeacht de aard ervan, met uitzondering van deze geleverd en geplaatst tijdens de nahospitalisatieperiode (van een verzekeringsgeval waarvoor DKV Belgium N.V. is tussengekomen) waarvan de medische noodzakelijkheid ingevolge het optreden van een niet-stomatologische ziekte of een ongeval is aangetoond en waarvan het behandelingsplan voorafgaandelijk is voorgelegd aan en goedgekeurd door de verzekeraar;
- 5.4. de psychotherapeutische en psychosomatische behandelingen.
In geval van een stationaire psychotherapeutische en/of psychosomatische behandeling in een verpleeginstelling wordt de tussenkomst beperkt tot 120 dagen per verzekerde en per verzekeringsjaar.

6. TERRITORIALITEIT (= A.V.V. 26)

De verzekeringswaarborg strekt zich uit:

- 6.1. tot de landen van de Europese Unie;
- 6.2. tot elk ander land voor elk verzekeringsgeval waarvan vaststaat dat het niet voortvloeit uit een verblijf ondernomen om een behandeling te ondergaan wegens een ziekte, een ongeval of een bevalling.

VERZEKERINGSCONTRACT ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (A.V.V.) - Editie: 09/2008

DEFINITIES

Er wordt verstaan onder:

1. VERZEKERAAR

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

2. VERZEKERINGNEMER

De onderschrijver van het verzekeringscontract.

3. FILIAAL

De maatschappelijke zetel alsook elke exploitatiezetel van de verzekeringnemer.

4. VERZEKERINGSCONTRACT

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

5. VERZEKERDE PERSOON

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

6. VERZEKERINGSPLAN

Het persoonsverzekeringsplan tot vergoeding van schade gedefinieerd in de polis.

7. VERZEKERINGSGEVAL

Het voorwerp van de verzekeringswaARBorg.

8. ZIEKTE

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

9. BEVALLING

Het gebeuren zowel tijdig, voortijdig als laatijdig en ongeacht de toegepaste techniek waarbij een vrouw zich bevrijdt of wordt bevrijd van het product der conceptie (foetus en aanhangsels) op een ogenblik waarop de foetus levensvatbaar is.

10. ONGEVAL

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

11. VERPLEEGINSTELLING

Elke instelling voor gezondheidszorgen, bestemd voor personen waarvan de gezondheidstoestand het verblijf in de instelling vereist, evenals een curatieve en/of diagnostische behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging onderstelt die enkel in de instelling ingericht kunnen worden.

Worden niet beschouwd als verpleeginstelling de gesloten psychiatrische inrichting, de medisch-pedagogische inrichting, het rusthuis, het rust- en verzorgingstehuis, de kuur- en herstellingsinrichting.

11.1. VERPLEEGHOTEL

Elke verblijfinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, evenals een curatieve en/of diagnostische behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging onderstelt die enkel in de instelling ingericht kunnen worden.

Wordt enkel gelijkgesteld met een verpleeginstelling het verpleeghotel waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten.

11.2. PALLIATIEVE INSTELLING

Elke verblijfinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, evenals een palliatieve behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging onderstelt die enkel in de instelling ingericht kunnen worden.

Wordt enkel gelijkgesteld met een verpleeginstelling de palliatieve instelling waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten.

12. WACHTTIJD

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

Het verzekeringstraject wordt afgesloten op de datum van de afsluiting van de polis. De polis wordt afgesloten op de datum van de afsluiting van de polis. De polis wordt afgesloten op de datum van de afsluiting van de polis.

13. VRIJSTELLING

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

14. VERZEKERINGSJAAR

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

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

15. PREMIE

Het bedrag bepaald in de polis en/of het verzekeringsbewijs, verhoogd met de polis- en bijvoegselkosten, de verzekeringstaks en de belastingen en/of bijkomende heffingen van welke aard ook, bij wet of bij enig andere reglementaire beschikking opgelegd.

VERZEKERBAARHEID

16. Zijn verzekerd aan de voorwaarden voorzien in de polis, de in de polis gedefinieerde werknemers of één of meer categorieën van werknemers van één of meer, in de polis gedefinieerde filialen van de verzekeringnemer.

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

18. De verzekeraar kan individueel genomen personen of categorieën van personen verzekeren aan Bijzondere Voorwaarden.

VERZEKERINGSCONTRACT, VERZEKERINGSPLAN EN VERZEKERINGSWAARBORG**19. AFSLUITING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT**

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

20. DUUR VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor onbepaalde duur, behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze.

21. EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringscontract eindigt bij:

- 21.1. opzegging door de verzekeringnemer of de verzekeraar op het einde van elk verzekeringsjaar mits in acht name van een opzegtermijn van drie maanden;
- 21.2. falen of kennelijk onvermogen van de verzekeringnemer;
- 21.3. bedrog of poging tot bedrog;
- 21.4. vermindering van het aantal verzekerde personen dat niet langer 75% bereikt van het aantal personen verzekerd bij de begindatum van de verzekeringswaarborg tenzij de verzekeringnemer de contractuele wijzigingen aanvaardt die de verzekeraar meent te moeten voorstellen op technische en actuariële verzekeringsbasis;
- 21.5. opzegging door de verzekeraar bij premiewanbetaling;
- 21.6. opzegging door de verzekeringnemer vanaf de wijziging binnen de 2 maanden volgend op de betekening van een wijziging van de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden;

Het einde van het verzekeringscontract kan worden beperkt tot één of meerdere onderschreven verzekeringsplannen voor één of meerdere categorieën van verzekerde personen, van één of meerdere filialen van de verzekeringnemer

22. DUUR VAN HET VERZEKERINGSPLAN

Het verzekeringsplan is afgesloten voor alle verzekerde personen voor onbepaalde duur, behoudens afwijking voorzien in de polis of op een andere wijze.

23. EINDE VAN HET VERZEKERINGSPLAN

Het verzekeringsplan eindigt:

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

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

24. BEGIN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

- 24.1. De verzekeringswaarborg begint op de begindatum van het verzekeringsplan bepaald in de polis, na betaling van de eerste jaarpremie of overeengekomen deelpremie en na verloop van de wachttijden
- 24.2. De verzekeringswaarborg begint voor elke verzekerde persoon, na ontvangst door de verzekeraar van de behoorlijke toetreding, op de begindatum vastgesteld in het verzekeringsbewijs.
- 24.2.1. Voor de personen, waarvan de aansluiting niet is geregistreerd binnen de 2 maanden na de gebeurtenissen vermeld onder punt 24.2.2., vangt de waarborg aan, de eerste dag van de 13e maand volgend op de datum waarop de verzekeraar de aanvraag tot aansluiting ontvangen heeft.
- 24.2.2. Indien de aansluiting door de verzekeraar is geregistreerd, ten laatste op het einde van de 2e maand die volgt op de gebeurtenis die aanleiding geeft tot het recht op aansluiting, dan begint de waarborg de eerste dag van de maand:
- 24.2.2.1. van de indiensttreding van de werknemer;
- 24.2.2.2. van het huwelijk, van het officieel samenwonen, van de geboorte, van de adoptie voor nieuwe familieleden; dit voor zover de andere gezinsleden reeds verzekerd zijn;
- 24.2.2.3. die volgt op het einde van een gelijkaardige of overeenkomstige verzekeringswaarborg waarvan de persoon genoot.

25. UITSLUITINGEN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg omvat niet, tenzij de verzekeraar de dekking ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard, de verzekeringsgevallen die optreden ingevolge:

- 25.1. een poging tot zelfmoord;
- 25.2. een chronische of niet-accidentele toxicomanie en een intoxicatie;
- 25.3. een wettelijke inenting, een opzettelijke daad, een keratotomie, een refractieve chirurgie, een sterilisatie, een contraceptieve techniek of een contraceptief procedé, een kunstmatige inseminatie welke ook de toegepaste techniek zij, een esthetische ingreep. Indien echter de esthetische ingreep het gevolg is van een ziekte of ongeval waarvoor de verzekeringswaarborg is verworven, is deze ingreep wel gedekt;
- 25.4. functionele, subjectieve of psychische stoornissen, waarvan de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een zuiver medisch standpunt;
- 25.5. een verblijf in een kuur-, bad-, gezondheids- en herstellingsoord alsook in elke andere dienst of instelling maar met het doel een welkdanige kuur te volgen, zelfs indien het verblijf medisch is voorgeschreven;
- 25.6. een psychotherapeutische en psychosomatische behandeling;

26. TERRITORIALITEIT VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

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

27. EINDE VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

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

28. VOORTZETTING VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG OP INDIVIDUELE BASIS

- 28.1. De verzekerde personen die het voordeel van de huidige verzekeringswaarborg verlaten hebben het recht, behoudens in geval van bedrog en deze door de wet voorzien, deze verzekeringswaarborg overeenkomstig de Algemene en Tarifaire Voorwaarden van een bestaand gelijkoortig individueel verzekeringsplan voort te zetten.
- 28.2. Indien bij het verlies van het voordeel van de huidige waarborg, de werknemer, bedoeld onder A.V.V. art 16, gedurende 2 jaren ononderbroken aangesloten geweest is bij het huidige verzekeringscontract of bij andere opeenvolgende collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten, gebeurt de voortzetting op individuele basis.

- 28.2.1. zonder een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen;
- 28.2.2. zonder instelling van een nieuwe wachttijd;
- 28.2.3. zonder beperking van de waarborg noch opleg van een bijpremie wegens de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde persoon tijdens de duur van het huidige verzekeringscontract. Indien de anciënniteit van 24 maanden niet verworven is, kan de verzekeraar de onderschrijving van een individueel plan ondergeschikt maken aan Bijzondere Voorwaarden op basis van het indienen van een degelijk ingevuld verzekeringsvoorstel.
- 28.3. Bij de berekening van de premie van het individueel voortgezette verzekeringsplan wordt rekening gehouden met:
- 28.3.1. de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de individuele voortzetting;
- 28.3.2. de elementen ter bepording van het risico, zoals die bestonden en beoordeeld werden op het ogenblik van het toetreden tot het huidige verzekeringscontract, indien deze destijds werden beoordeeld;
- 28.3.3. het stelsel en het statuut van sociale zekerheid waaraan de verzekerde persoon is onderworpen, alsook eventueel haar beroep.
- 28.4. De voortzettingaanvraag moet schriftelijk of elektronisch bij de verzekeraar ingediend worden:
- 28.4.1. in hoofde van de werknemer, bedoeld onder A.V.V. art 16, en in voorkomend geval zijn gezinsleden, binnen de 30 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer, of in voorkomend geval de curator of de verffenaar, de werknemer in kennis stelt dat hij kan beslissen zijn aansluiting individueel voort te zetten. Deze termijn verstrijkt in elk geval honderdenvijf dagen na het verlies van het voordeel van de huidige verzekeringswaarborg.
- 28.4.2. in hoofde van de gezinsleden van de werknemer die het voordeel van de huidige verzekeringswaarborg verliezen om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de waarborg door de werknemer, binnen de honderdenvijf dagen te rekenen vanaf het tijdstip waarop het voornoemde voordeel verloren wordt. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.
- 28.5. De werknemer, bedoeld onder A.V.V. art 16, en de gezinsleden beschikken over een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de dag van de ontvangst van de informatie van de verzekeraar met betrekking tot de voorwaarden van de voortzetting op individuele basis (opsturen van een verzekeringsvoorstel, prijsofferte, waarborgbeschrijving, ...) om de onderschrijving van een individueel contract te aanvaarden.

VERZEKERINGSGEVAL

29. Elk verzekeringsgeval moet aan de verzekeraar worden gemeld bij het optreden ervan door middel van het daartoe eventueel voorziene formulier.
30. De onkostennota's die betrekking hebben op een verzekeringsgeval moeten worden ingediend binnen de 3 jaar volgend op de datum van hun uitgave. Na verloop van deze termijn treedt verjaring in.
31. De verzekerde persoon heeft jegens de verzekeraar een eigen recht op de verzekeringsprestaties.
32. De verzekeringsprestaties worden geregeld met de begunstigde van het verzekeringscontract.
33. De verzekeraar is gerechtigd de terugbetaling ondergeschikt te maken aan de indiening van gekweten en vertaalde onkostennota's indien zij uitgegeven zijn in een vreemde taal waarvan de vertaling redelijkerwijze noodzakelijk blijkt voor het onderzoek van het recht op uitkering.
34. De onkostennota's worden eigendom van de verzekeraar bij de ontvangst ervan ter zetei van de verzekeraar.
35. De uitkering geschiedt in EURO. Onkostennota's in vreemde valuta worden uitgekeerd tegen de gemiddelde koers van de vreemde valuta op de dag der uitkering.
36. Kan de verzekerde persoon aanspraak maken op herstel van schade, dan treedt de verzekeraar, maximaal tot het beloop van zijn prestaties, in de rechten van de verzekerde persoon.
37. De overeenkomsten afgesloten tussen de verzekeringnemer en de verzekerde persoon met derden die rechten tot voorwerp hebben die voortkomen uit het verzekeringscontract of die ontstaan bij de uitvoering van het verzekeringscontract, zijn slechts tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop ze door de verzekeraar zijn goedgekeurd.

RECHT OP UITKERING EN AANSLUITING TOT HET VERZEKERINGSCONTRACT

38. De verzekeraar, de verzekeringnemer en de verzekerde persoon werken samen om het recht op uitkering en aansluiting tot het verzekeringscontract, dat vastgesteld wordt op basis van de verstrekte inlichtingen, te bepalen.

De verzekeringnemer en de verzekerde persoon laten de verzekeraar toe de noodzakelijke informatie in te winnen en verbinden zich ertoe mede te werken aan de goede uitvoering van de informatie- en onderzoeksmaatregelen waartoe het onderzoek naar de bedoelde rechten aanleiding geeft.

De verzekeraar onthoudt zich van elke maatregel die, in verhouding met het onderzoek van de bedoelde rechten, niet toereikend, niet ter zaks doende en overmatig blijkt te zijn.

39. Bij betwisting van het recht op uitkering en aansluiting tot het verzekeringscontract, beschikken de verzekeringnemer en de verzekerde persoon over de mogelijkheid om beroep te doen op arbitrage binnen een termijn van 30 dagen volgend op de regelmatige betekening van het verzet.

De arbitrage wordt beheerst door de bepalingen opgenomen in een arbitrageovereenkomst.

VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE VERZEKERDE PERSOON

40. De verzekeringnemer en de verzekerde persoon zijn ertoe gehouden:

- 40.1. de verklaringen en aangiften schriftelijk te doen aan de zetel der verzekeraar. Deze anders gedaan of door een bemiddelaar of een incassagent verbinden de verzekeraar niet;
 - 40.2. de verzekeraar onverwijld het tijdstip mede te delen waarop de voorwaarden voor het instandhouden van het verzekeringscontract en/of de verzekeringsplannen wegvallen;
 - 40.3. de verzekeraar onverwijld in te lichten over het bestaan van een overeenkomst dat eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of ten dele dekt;
 - 40.4. de verzekeraar of de door hem gemandateerde persoon alle inlichtingen te verstrekken voor het vaststellen van het recht op uitkering en gevolg te geven aan alle hem betakende instructies en voorschriften.
41. De verzekerde is de eventuele vrijstelling en de niet-medische kosten (die niet terugbetaald worden in het kader van het plan IS Plus) verschuldigd die door DKV Belgium N.V. aan het ziekenhuis betaald werden in het kader van een Medi-Card[®] dossier. De verzekerde zal hiertoe een factuur van DKV Belgium N.V. ontvangen met de vermelding van het aan DKV Belgium N.V. terug te storten bedrag (eventuele vrijstelling en de niet-medische kosten). Indien deze kosten niet worden terugbetaald na 2 herinneringsbrieven, gaat DKV Belgium N.V. het bedrag terugvorderen bij de verzekeringnemer (= werkgever). De verzekeringnemer verbindt zich ertoe deze facturen binnen de 30 dagen te betalen. De verzekeringnemer is de eventuele vrijstelling en de niet-medische kosten niet verschuldigd indien het betreffende personeelslid geen deel meer uitmaakt van het groepscontract. De verzekeringnemer verbindt zich ertoe de Medi-Card[®] terug te sturen (binnen de 30 dagen) van de personen die geen deel meer uitmaken van de groepspolis. Het gebruik van de Medi-Card[®] is niet toegelaten voor verzekeringsgevallen die niet gedekt worden door het plan IS Plus (bijvoorbeeld: psychotherapeutische behandeling, sterilisatie, kunstmatige bevruchting, esthetische ingreep, borsthypertrophie, ...). In voorkomend geval zullen de kosten die door DKV Belgium N.V. aan het ziekenhuis betaald werden teruggevorderd worden bij de verzekerde persoon.
42. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde persoon tekort komt aan de bij dit verzekeringscontract of in uitvoering van het contract ontstane verplichtingen, is de verzekeraar van uitkering ontslagen in de mate waarin de tekortkoming hem belet het recht op uitkering te bepalen door middel van zowel de administratieve als medische maatregelen en controles waartoe het optreden van het verzekeringsgeval redelijkerwijze aanleiding kan geven.
43. De verzekeringnemer of, in voorkomend geval de curator of de vereffenaar, is verplicht ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van de aansluiting de werknemer schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen:
- 43.1. van het precieze tijdstip van dit verlies;
 - 43.2. van de mogelijkheid de aansluiting verder te zetten op individuele basis;
 - 43.3. van de termijn waarbinnen de verzekerde personen hun voortzettingsrecht kunnen uitoefenen;
 - 43.4. van de contactgegevens van de verzekeraar.
44. De verzekeringnemer is verplicht elke werknemer in te lichten over de mogelijkheid voor elke verzekerde persoon om individueel een Horizon plan bij de verzekeraar te onderschrijven. Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft deze informatie aan elke werknemer te bezorgen of die niet in staat is een bewijs te leveren van de goede uitvoering van deze verplichting, is de verzekeringnemer aan de verzekeraar het verschil verschuldigd tussen de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd welke bereikt is op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting en de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de huidige verzekeringswaarborg.

DE PREMIE

45. De verzekeringnemer is de maandpremie verschuldigd. Kinderen zijn de premie voor volwassenen verschuldigd vanaf de maand die volgt op de 18de verjaardag.
46. De maandpremie is haalschuld. De maandpremie is één en ondeelbaar en betaalbaar volgens de periodiciteit in de polis bepaald.
47. De premieafrekening wordt opgemaakt op basis van de aan de verzekeraar medegedeelde gegevens. Indien de afrekening met de medegedeelde gegevens niet conform is, wordt deze situatie als aanvaard verondersteld en zijn de premies verschuldigd, behoudens verzet van de verzekeringnemer binnen de 30 dagen volgend op de betekening.
48. De premie is niet vrijgesteld na het ontstaan van en tijdens het verzekeringsgeval.
49. Bij niet betaling van de premie of een deel ervan wordt de verzekeringnemer bij aangetekend schrijven in gebreke gesteld en de verzekeringswaARBorg is van rechtwege geschorst vanaf de datum voorzien in de ingebrekestelling. De verzekeringswaARBorg herneemt voor de verzekeringsgevallen die optreden nadat de verzekeringnemer alle achterstallige en vervallen premies heeft voldaan, verhoogd met de kosten der ingebrekestelling.
50. In geval van niet-betaling ingevolge de ingebrekestelling heeft de verzekeraar het recht om het verzekeringscontract op te zeggen.

WIJZIGING VAN DE TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

51. De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden kunnen, bij beslissing van de verzekeraar, een wijziging ondergaan goedgekeurd volgens de wettelijke procedures en dit eveneens voor de lopende verzekeringscontracten.
52. De wijziging treedt in werking op de datum bepaald volgens de wettelijke modaliteiten en, bij het ontbreken hiervan, op de datum van de betekening van het bericht van wijziging aan de verzekeringnemer.
53. Zijn niet onderworpen aan de vorige bepalingen de wijzigingen van de verzekeringstaks, van de belastingen en/of bijkomende heffingen welke ook hun aard zij, opgelegd bij wet of bij enig andere reglementaire beschikking.

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

54. De verzekeringnemer en de verzekerde persoon verklaren:
 - 54.1. de verzekeraar toe te laten persoonsgebonden en medische gegevens en informatie te verzamelen en te behandelen. Zij hebben kennis genomen dat de persoonsgegevens betreffende de gezondheid worden verwerkt onder toezicht van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.
 - 54.2. de verzekeraar toe te laten medische gegevens te gebruiken met het oog op het afsluiten, het beheren en het uitvoeren van het verzekeringscontract overeenkomstig de eigen doelstellingen ervan en, meer in het algemeen, overeenkomstig de doelstellingen, technieken en principes eigen aan de verzekeringsactiviteit.
55. De verzekeraar verklaart de persoonsgebonden en medische informatie en gegevens slechts te verzamelen, te behandelen en te gebruiken om de vermelde doelstellingen te realiseren en dat, in verhouding met deze doelstellingen, de informatie en gegevens toereikend, ter zake doende en niet overmatig zijn.

DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISTISCHE DADEN

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

EINDBEPALING

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

**CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF
HOSPITALISATION
ENTRE
DKV BELGIUM S.A.
&
UNION ROYALE DES ARMATEURS BELGES ASBL
PLAN IS+ - n°. 42007425**

Garanties & capitaux assurés

- Risques assurés : maladie, accident et accouchement
- Frais d'hospitalisation (chambre + prestations médicales) Illimités
- Libre choix du centre hospitalier, du médecin et de la chambre
- Grossesse et accouchement Illimités
- Frais de prestations ambulatoires 60 jours avant et 180 jours après l'hospitalisation Illimités
- Frais ambulatoires en cas de 27 maladies Illimités
cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie de Pompe, maladie de Crohn, maladie d'Alzheimer, SIDA, diabète, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, encéphalite, tétanos, hépatite virale, malaria, typhus, fièvre typhoïde et paratyphoïde, diphtérie, choléra, charbon, mucoviscidose, dialyse rénale
- Transport en ambulance en Belgique Illimités
- Transport par hélicoptère en Belgique du lieu de l'accident au centre hospitalier pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'un autre moyen de transport ne puisse être utilisé.
- Les soins palliatifs sont couverts
- Les frais de séjour du donneur, max. € 1.250 (pré/post exclus)
- Les frais de mortuaire qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation
- Les sports en amateur sont couverts
- Rooming-in (présence d'un parent lors de l'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans)
- Soins post-nataux dans les limites définies dans la convention conclue entre l'organisation de soins post-nataux et l'assureur.

One-day-clinic

Le traitement stationnaire dans un centre hospitalier pour autant que le centre hospitalier porte au moins un jour de séjour en compte; ainsi que dans une institution assurée reconnue comme "one-day clinic" pour autant qu'une hospitalisation chirurgicale de jour ou une hospitalisation de jour avec un maxi-forfait ou un forfait d'hôpital de jour (les groupes 1 à 7 incl.), soit mis en compte.

Franchise

La franchise s'élève à € 75,00 par personne assurée et par année d'assurance. La franchise n'est pas d'application pour les frais ambulatoires en cas de maladie grave.

Conditions d'adhésion

- L'affiliation est obligatoire pour tous les officiers qui sont inscrits au Pool des Marins et qui sont assurés à la Caisse de Secours et de Prévoyance des Marins.
- L'affiliation est facultative pour les membres de la famille. Le membre du personnel qui souhaite assurer les membres de sa famille a l'obligation d'assurer tous les membres de sa famille (sauf pour les personnes qui ont déjà une assurance similaire).
- Pour les personnes dont l'affiliation n'est pas enregistrée dans les 3 mois qui suivent l'événement ouvrant le droit à l'affiliation, la prise de cours est fixée au 1er jour du 13ème mois qui suit la réception par l'assureur de la demande d'affiliation.
- Les membres de la famille assurables sont : le(la) conjoint(e) ou le(la) partenaire cohabitant(e) et les enfants fiscalement à charge.
- Tout changement de la situation familiale doit être communiqué au département du personnel (cohabitation officielle - naissance - enfant qui n'est plus fiscalement à charge - divorce).

Avantages de nos conditions d'adhésion

- * Pas de questionnaire médical.
- * Les maladies préexistantes sont couvertes.
- * Aucune période d'attente, même pas pour les accouchements.

Pourcentages de remboursement

Dès que l'assurance maladie légale intervient partiellement ou entièrement dans les frais de séjour (chambre) lors d'une hospitalisation, DKV rembourse après déduction de la franchise 100% de tout montant resté à charge du patient, même si certaines prestations médicales durant l'hospitalisation ne donnaient pas droit à une intervention légale. Dans le cas où il n'y a aucune intervention légale dans les frais d'une hospitalisation, DKV réduit son intervention à 50%. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale dans les frais ambulatoires pendant la période pré/post et en cas de maladie grave, le taux de remboursement est réduit de 50%.

Le principe de continuité

Si au moment de la perte du bénéfice de la présente garantie le travailleur a été affilié de manière ininterrompue durant 24 mois dans le présent contrat d'assurance ou d'autres contrats d'assurance maladies collectifs successifs, la poursuite en individuel a lieu sans formalités médicales et sans délai d'attente. Si l'ancienneté de 24 mois n'est pas acquise, l'assureur peut subordonner la souscription d'un plan individuel à des Conditions Particulières sur base de l'introduction d'une proposition d'assurance dûment complétée. La demande de continuation doit être introduite par écrit ou par voie électronique auprès de l'assureur endéans une période de 105 jours, à dater de la fin de l'affiliation au contrat collectif.

Territorialité

Tous les pays de l'Union Européenne.
Tout autre pays, pour autant qu'il soit prouvé que le séjour n'a pas été entrepris dans le but d'y recevoir un traitement médical.

Exclusions

Les traitements qui ne sont médicalement pas nécessaires; toute intervention esthétique sans rapport avec une maladie ou un accident; les traitements dentaires, les prothèses dentaires et le matériel dentaire; les stérilisations et inséminations artificielles; les contraceptifs; tout traitement préventif avant qu'il ait maladie (par exemple les vaccinations); les tentatives de suicide; les abus d'alcool; la toxicomanie; les hospitalisations suite à une dépression sauf en cas d'un traitement stationnaire psychiatrique et/ou psychosomatique dans un centre hospitalier, l'intervention est limitée à 120 jours par personne assurée et par année d'assurance.

Remboursement des frais médicaux

a. Frais hospitaliers

Hospitalisation dans un des 240 hôpitaux acceptant le Médicard DKV

Présenter votre Médicard DKV lors de votre enregistrement à l'hôpital. L'assuré n'a pas d'acompte ou de facture à payer à l'hôpital car les frais d'hospitalisation sont facturés directement par l'hôpital à la DKV.

Hospitalisation dans un hôpital n'acceptant pas le Médicard DKV

- Informer DKV de votre hospitalisation en nous faisant parvenir la déclaration de sinistre S/28.1.
- Lors de votre sortie d'hôpital, nous faire parvenir l'original de votre facture d'hospitalisation.

b. Frais ambulatoires (période pré & post et en cas de maladie grave)

- Prendre copie de tout document relatif aux prestations médicales et aux frais facturés.
- Envoyer les originaux de ces documents à votre mutuelle.
- Envoyer à DKV les copies et le décompte de la mutuelle.
- En cas de non-remboursement de la mutuelle, envoyer les documents originaux à DKV.

Mentionner dans toute correspondance avec DKV le numéro de police ainsi que votre nom et prénom.

Pour toutes vos questions et modifications vous pouvez envoyer un mail:
Gestion du contrat: DATABASE@DKV.BE - Sinistres: CLAIMS.GRP@DKV.BE

CONTRAT D'ASSURANCE
numéro: 42007425
CONDITIONS PARTICULIERES D'ASSURANCE
(C.P.A.)

Les Conditions Particulières d'Assurance (C.P.A.) sont formulées en exécution des Conditions Générales d'Assurance (C.G.A. Edition 09/2008 n°170 01) et des Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A. Edition 10/2007 n°27101).

C.P.A.1. PRENEUR D'ASSURANCE (=C.G.A.2.)

Le preneur d'assurance est UNION ROYALE DES ARMATEURS BELGES ASBL, sise à 2000 ANTWERPEN, Brouwersvliet 33 boîte 9.

C.P.A.2. FILIALE (=C.G.A.3.)

Les filiales sont :

Filiale 1 : UNION ROYALE DES ARMATEURS BELGES ASBL.

C.P.A.3. PLAN D'ASSURANCE (=C.G.A.6.)

Le plan d'assurance souscrit est le Plan IS Plus.

C.P.A.4. ANNEE D'ASSURANCE (=C.G.A.14.)

L'échéance annuelle est fixée au 1^{er} janvier.

C.P.A.5. PERIODICITE DU PAIEMENT DE LA PRIME (=C.G.A.45.)

La prime est payable mensuellement.

PLAN D'ASSURANCE : IS PLUS

C.P.A. PRIME (=C.G.A.15.)
 ISP.1. La prime mensuelle s'élève à (excluant taxe & cotisation INAMI) :
 Enfant de moins de 18 ans : € 4,14
 Adulte de moins de 65 ans : € 11,23

C.P.A. DEBUT DE LA GARANTIE D'ASSURANCE (=C.G.A.24.)
 ISP.2. La garantie d'assurance débute au 1^{er} janvier 2010.

Le point C.G.A. 24.2. des Conditions Générales d'Assurance est modifié comme suit :

C.G.A.24.2. La garantie d'assurance débute pour chaque personne assurée, après réception par l'assureur de l'adhésion en bonne et due forme, à la date de prise en cours fixée dans le certificat d'assurance.

C.G.A.24.2.1. Pour les personnes dont l'affiliation n'est pas enregistrée dans les 3 mois visés au point 24.2.2. la prise en cours est fixée au 1^{er} jour du 13^{ième} mois qui suit la réception, par l'assureur, de la demande d'affiliation.

C.G.A.24.2.2. Si l'affiliation est enregistrée auprès de l'assureur au plus tard à la fin du troisième mois qui suit l'événement ouvrant le droit à l'affiliation, la prise de cours est fixée au premier jour du mois

C.G.A.24.2.2.1. de l'entrée en service;

C.G.A.24.2.2.2. du mariage, de la cohabitation officielle, de la naissance, de l'adoption pour un nouveau membre de la famille pour autant que les autres membres de la famille soient déjà assurés;

C.G.A.24.2.2.3. qui suit la fin d'un plan d'assurance identique ou similaire dont bénéficiait la personne.

C.P.A. CAS D'ASSURANCE (= C.T.A.2.)
 ISP.3. Par dérogation aux dispositions prévues à l'article C.T.A.2.1.1., le cas d'assurance débute 60 jours avant l'entrée en centre hospitalier (= période préhospitalière) et se termine 180 jours après la sortie du centre hospitalier (= période posthospitalière) mais au plus tard au début d'un nouveau cas d'assurance (= période posthospitalière).

C.P.A. RISQUE ASSURE (=C.T.A.2.2.)
 ISP.4. Les risques assurés sont :
 la maladie
 l'accident
 l'accouchement

C.P.A. FRANCHISE (=C.T.A.3.)
 ISP.5. La franchise s'élève à € 75,00.

La franchise n'est pas d'application aux frais ambulatoires (en dehors la période pré- et posthospitalière) en cas de maladies graves.

C.P.A. ASSURABILITE (=C.T.A.4)

ISP.6.

Sont seuls assurables les officiers qui sont inscrits au Pool des Marins et qui sont assurés à la Caisse de Secours et de Prévoyance des Marins et répondant aux conditions prévues aux points C.T.A. 4.1.1. à C.T.A.4.1.5. compris.

L'affiliation est obligatoire pour les membres du personnel et facultative pour les membres de la famille (toute la famille ou personne).

C.P.A. TAUX DE REMBOURSEMENT (=C.T.A.2.5., C.T.A.2.7.)

ISP.7.

Le taux de remboursement s'élève

pour la maladie : à 100 %

pour l'accident : à 100 %

pour l'accouchement : à 100 %

Fait en autant d'exemplaires que de parties chacune reconnaissant avoir reçu, lu et approuvé le sien.

Bruxelles, le 04/12/2009.

L'assureur
DKV Belgium S.A.
représentée par

Le preneur d'assurance
UNION ROYALE DES ARMATEURS BELGES ASBL
représentée par

A. VANDESSEL
Senior Manager



CONTRAT D'ASSURANCE CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE (C.G.A.) - Edition: 09/2008

DEFINITIONS

On entend par :

1. ASSUREUR

DKV Belgium S.A. d'Assurances de droit belge.

2. PRENEUR D'ASSURANCE

Le souscripteur du contrat d'assurance.

3. FILIALE

Le siège social ainsi que tout siège d'exploitation du preneur d'assurance.

4. CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance est formé par la police. La police est formée par les Conditions Générales, Tarifaires et Particulières d'Assurance et par les Avenants.

5. PERSONNE ASSUREE

La personne sur qui repose le risque et bénéficiaire du contrat d'assurance, sauf dérogation prévue dans la police ou autrement.

6. PLAN D'ASSURANCE

Le plan d'assurance de personne à caractère indemnitaire défini dans la police.

7. CAS D'ASSURANCE

L'objet de la garantie d'assurance.

8. MALADIE

Chaque atteinte à l'état de santé non provoquée par un accident et dont la cause et les symptômes peuvent être objectivés médicalement, permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.

9. ACCOUCHEMENT

L'acte, qu'il soit à terme, avant terme ou après terme et quelle que soit la technique appliquée, par lequel une femme se délivre ou est délivrée du produit de la conception (foetus et annexes) à une époque où le foetus est viable.

10. ACCIDENT

Chaque atteinte à l'état de santé provoquée par un événement soudain, situé en dehors de l'organisme, survenant indépendamment de la volonté de la personne assurée et dont la cause et les symptômes peuvent être objectivés médicalement, permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.

11. CENTRE HOSPITALIER

Tout centre de soins de santé destiné aux personnes dont l'état de santé nécessite le séjour dans le centre ainsi qu'un traitement curatif et/ou diagnostique imposant une observation, une surveillance et une continuité ne pouvant être organisées que dans le centre.

Ne sont pas considérées comme centre hospitalier l'institution psychiatrique fermée, l'institution médico-pédagogique, la maison de repos, la maison de repos et de soins agréés, le centre de cure et le centre de convalescence.

11.1. HOTEL HOSPITALIER

Tout centre d'hébergement à vocation hôtelière destiné aux personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans le centre ainsi qu'un traitement curatif et/ou diagnostique imposant une observation, une surveillance et une continuité ne pouvant être organisées que dans le centre.

Est seul assimilé au centre hospitalier, l'hôtel hospitalier avec lequel l'assureur a conclu une convention.

11.2. CENTRE PALLIATIF

Tout centre d'hébergement à vocation hôtelière destiné aux personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans le centre ainsi qu'un traitement palliatif imposant une observation, une surveillance et une continuité ne pouvant être organisées que dans le centre.

Est seul assimilé au centre hospitalier, le centre palliatif avec lequel l'assureur a conclu une convention.

12. STAGE

La période pendant laquelle l'assureur n'est pas redevable de prestations et prenant cours à la date de début du plan d'assurance.

13. FRANCHISE

La partie des frais qui reste à charge de la personne assurée et vient en déduction de l'intervention de l'assureur.

14. ANNEE D'ASSURANCE

La période de 12 mois à compter de la date d'échéance annuelle et qui reste inchangée nonobstant tout ajout ou modification quelconque. Si la prise de cours d'un plan d'assurance souscrit ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle, la première année d'assurance est composée du nombre de mois s'étalant entre la prise de cours et la date d'échéance annuelle.

15. PRIME

Le montant fixé dans la police et/ou le certificat d'assurance augmenté des frais de police et d'avenant, de la taxe sur les contrats d'assurance et des impôts et/ou contributions additionnels de toute nature, imposés par la loi ou toute autre disposition réglementaire.

ASSURABILITE

16. Sont assurables aux conditions prévues dans la police les travailleurs définis dans la police ou une ou plusieurs catégories de travailleurs d'une ou plusieurs filiales du preneur d'assurance définie(s) dans la police.
17. Sont assurables du chef de l'assurabilité du travailleur et aux conditions prévues dans la police, les membres de famille, étant dans l'ordre limitatif, un partenaire de vie désigné par le travailleur et les enfants fiscalement à charge des parents ou d'un des parents.
18. L'assureur peut assurer à des conditions particulières des personnes ou des catégories de personnes prises individuellement.

CONTRAT D'ASSURANCE, PLAN D'ASSURANCE ET GARANTIE D'ASSURANCE**19. CONCLUSION DU CONTRAT D'ASSURANCE**

Le contrat d'assurance est conclu par l'émission de la police. Si le contenu de la police n'est pas conforme aux conventions intervenues telles qu'elles ressortent des négociations, déclarations et documents ayant précédé l'émission de la police, la situation sera réputée acceptée si le preneur d'assurance ne s'y oppose pas dans les 30 jours suivant l'émission de la police.

20. DUREE DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance est conclu pour une durée indéterminée, sauf dérogation prévue dans la police ou autrement.

21. FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance expire en cas :

- 21.1. de résiliation par le preneur d'assurance ou l'assureur à la fin de chaque année d'assurance moyennant un préavis de trois mois;
- 21.2. de faillite ou de déconfiture du preneur d'assurance;
- 21.3. de fraude ou tentative de fraude;
- 21.4. de réduction du nombre de personnes assurées n'atteignant plus 75 % du nombre de personnes assurées à la date de prise de cours de la garantie d'assurance à moins que le preneur d'assurance accepte les modifications contractuelles que l'assureur estime devoir proposer sur des bases techniques et actuarielles d'assurance;
- 21.5. de résiliation par l'assureur en cas de non-paiement des primes;
- 21.6. de résiliation par le preneur d'assurance à partir de la modification entée dans les 2 mois qui suivent la notification d'une modification des Conditions Tarifaires d'Assurance;

La fin du contrat d'assurance peut être limitée à un ou plusieurs plans d'assurance souscrits pour une ou plusieurs catégories de personnes assurées, d'une ou plusieurs filiales du preneur d'assurance.

22. DUREE DU PLAN D'ASSURANCE

Le plan d'assurance est conclu pour toutes les personnes assurées pour une durée indéterminée, sauf dérogation prévue dans la police ou autrement.

23. FIN DU PLAN D'ASSURANCE

Le plan d'assurance expire :

- 23.1. pour toutes les personnes assurées en cas d'expiration du contrat d'assurance;
- 23.2. pour les personnes assurées auxquelles la circonstance décrite s'applique:
 - 23.2.1. en cas de décès;
 - 23.2.2. en cas de fin du statut de travailleur et la mise à la retraite sauf dérogation prévue dans la police ou autrement;
 - 23.2.3. en cas de résiliation par le travailleur selon les modalités qui suivent ou, en dérogation, selon celles définies sur le formulaire d'adhésion. Le travailleur a le droit de terminer le plan d'assurance pour lui-même (uniquement quand l'affiliation des membres du personnel est facultative) et ses membres de famille à la fin de chaque période de 12 mois à compter de la date de prise de cours fixée dans le certificat d'assurance moyennant un préavis de trois mois. En pareil cas le plan d'assurance prend fin dans le chef de tous les membres de famille;
 - 23.2.4. si les conditions d'assurabilité ne sont plus remplies.

24. DEBUT DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

- 24.1. La garantie d'assurance débute à la date de début du plan d'assurance déterminée dans la police, après paiement de la première prime annuelle ou fraction de prime convenue et après expiration des stages.
- 24.2. La garantie d'assurance débute pour chaque personne assurée, après réception par l'assureur de l'adhésion en bonne et due forme, à la date de prise en cours fixée dans le certificat d'assurance.
- 24.2.1. Pour les personnes dont l'affiliation n'est pas enregistrée dans les 2 mois visés au point 24.2.2, la prise en cours est fixée au 1er jour du 13ième mois qui suit la réception, par l'assureur, de la demande d'affiliation.
- 24.2.2. Si l'affiliation est enregistrée auprès de l'assureur au plus tard à la fin du deuxième mois qui suit l'événement ouvrant le droit à l'affiliation, la prise de cours est fixée au premier jour du mois
- 24.2.2.1. de l'entrée en service;
- 24.2.2.2. du mariage, de la cohabitation officielle, de la naissance, de l'adoption pour un nouveau membre de la famille pour autant que les autres membres de la famille soient déjà assurés;
- 24.2.2.3. qui suit la fin d'un plan d'assurance identique ou similaire dont bénéficiait la personne.

25. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

La garantie d'assurance ne s'étend pas, à moins que leur couverture soit acceptée par l'assureur expressément et par écrit, aux cas d'assurance survenus à la suite :

- 25.1. d'une tentative de suicide;
- 25.2. d'une toxicomanie chronique ou non-accidentelle et une intoxication;
- 25.3. d'une vaccination légale, d'un acte intentionnel, d'une kératotomie, d'une chirurgie réfractive, d'une stérilisation, d'une technique ou d'un procédé anticonceptionnel, d'une insémination artificielle quelle que soit la technique appliquée, d'une intervention esthétique. Si l'intervention esthétique est la suite d'une maladie ou d'un accident pour (le)quel(le) la garantie d'assurance est acquise, cette intervention est bien couverte;
- 25.4. de troubles fonctionnels, subjectifs ou psychiques dont, soit la cause et les symptômes ne peuvent pas être objectivés médicalement, soit le traitement ou la thérapie ne s'impose pas d'un point de vue exclusivement médical;
- 25.5. d'un séjour dans des lieux de cure, balnéaires, de santé et de convalescence, ainsi que dans tout autre service ou institution mais dans le but de suivre une cure quelconque, même si le séjour est médicalement prescrit;
- 25.6. d'un traitement psychothérapeutique et psychosomatique.

26. TERRITORIALITE DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

La garantie d'assurance est subordonnée aux conditions de territorialité définies dans la police.

27. FIN DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

La garantie d'assurance cesse en même temps que la fin du plan d'assurance, et ceci également pour les cas d'assurance en cours, sauf continuation de la garantie d'assurance à titre individuel.

28. CONTINUATION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE A TITRE INDIVIDUEL

- 28.1. Les personnes assurées qui perdent le bénéfice de la présente garantie d'assurance ont le droit, hormis le cas de fraude et ceux prévus par la loi, de poursuivre celle-ci selon les Conditions Générales et Tarifaires d'un plan d'assurance individuel similaire en vigueur.
- 28.2. Si au moment de la perte du bénéfice de la présente garantie le travailleur, au sens des C.G.A. art 16, a été affilié de manière ininterrompue durant 24 mois dans le présent contrat d'assurance ou d'autres contrats d'assurance maladies collectifs successifs, la poursuite en individuel a lieu :
- 28.2.1. sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical ;
- 28.2.2. sans devoir subir un nouveau délai d'attente ;
- 28.2.3. sans limitation de la garantie ni imposition d'une prime supplémentaire en raison de l'évolution de l'état de santé de la personne assurée au cours de son affiliation au présent contrat d'assurance. Si l'ancienneté de 24 mois n'est pas acquise, l'assureur peut subordonner la souscription d'un plan individuel à des Conditions Particulières sur base de l'introduction d'une proposition d'assurance dûment complétée.
- 28.3. Pour le calcul de la prime du plan d'assurance individuel poursuivi, il est tenu compte :
- 28.3.1. de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite à titre individuel;
- 28.3.2. des éléments d'évaluation du risque tels qu'ils existaient lors de l'affiliation au présent contrat d'assurance, s'ils furent évalués à cette date ;
- 28.3.3. du régime de sécurité sociale et du statut auxquels la personne assurée est assujettie, ainsi qu'éventuellement de sa profession.

- 28.4. La demande de continuation doit être introduite par écrit ou par voie électronique auprès de l'assureur:
- 28.4.1. dans le chef du travailleur, au sens des C.G.A. art 16, et le cas échéant des membres de sa famille : endéans les 30 jours à compter du jour de réception du courrier par lequel le preneur d'assurance ou, le cas échéant le curateur ou le liquidateur, informe le travailleur qu'il peut décider de poursuivre individuellement son affiliation. Ce délai expire en tout cas après 105 jours à compter de la perte du bénéfice de la présente garantie d'assurance.
 - 28.4.2. dans le chef des membres de la famille du travailleur qui perdent le bénéfice de la présente garantie d'assurance pour une autre raison que la perte du bénéfice de la garantie dans le chef du travailleur : endéans les 105 jours à compter de la perte du bénéfice précité.
- 28.5. Le travailleur, au sens des C.G.A. art 16, et les membres de sa famille disposent d'un délai de 30 jours à dater du jour de la réception des informations de l'assureur sur les conditions de poursuite en individuel (envoi d'une proposition d'assurance, offre de prix, description de la garantie...), pour accepter de souscrire un contrat individuel. Le droit à la poursuite à titre individuel s'éteint à l'expiration de ce délai.

CAS D'ASSURANCE

29. Tout cas d'assurance doit être déclaré à l'assureur dès sa survenance au moyen du formulaire s'il est prévu à cet effet.
30. Les notes de frais relatives à un cas d'assurance doivent être introduites endéans les 3 ans suivant la date de leur émission. Passé ce délai, il y a prescription.
31. La personne assurée possède à l'égard de l'assureur un droit propre quant aux prestations d'assurance.
32. Les prestations d'assurance sont réglées avec le bénéficiaire du contrat d'assurance.
33. L'assureur peut subordonner le remboursement à l'introduction des notes de frais acquittées et traduites si elles sont émises dans une langue étrangère dont la traduction s'avère raisonnablement nécessaire pour l'examen du droit aux prestations.
34. Les notes de frais deviennent la propriété de l'assureur dès leur réception au siège de celui-ci.
35. Le remboursement s'effectue en EURO. Les notes de frais en monnaies étrangères sont remboursées sur base du cours moyen de la monnaie étrangère au jour de l'indemnisation.
36. Si la personne assurée peut prétendre à la réparation d'un dommage, l'assureur est subrogé aux droits de la personne assurée dans la mesure de ses prestations.
37. Les conventions conclues par le preneur d'assurance et la personne assurée avec des tiers, ayant pour objet des droits qui existent en vertu du contrat d'assurance ou qui naissent en exécution du contrat d'assurance, ne sont opposables à l'assureur qu'à partir de la date où celui-ci les a approuvées.

DROIT AUX PRESTATIONS ET A L'AFFILIATION AU CONTRAT D'ASSURANCE

38. L'assureur, le preneur d'assurance et la personne assurée collaborent en vue de déterminer le droit aux prestations et à l'affiliation à l'assurance qui est établi sur base des renseignements fournis. Le preneur d'assurance et la personne assurée autorisent l'assureur à solliciter les informations nécessaires et s'engagent à collaborer à la bonne exécution des mesures d'information et d'investigation auxquelles l'examen du droit aux prestations et à l'affiliation à l'assurance donne lieu. L'assureur s'abstient de toute mesure qui, par rapport à l'examen du droit visé, s'avère inadéquate, sans pertinence et excessive.
39. En cas de désaccord quant au droit aux prestations et à l'affiliation à l'assurance, le preneur d'assurance et la personne assurée ont la faculté de recourir à un arbitrage dans un délai de trente jours suivant la notification en bonne et due forme de l'avis de désaccord. L'arbitrage est régi par les dispositions contenues dans une convention d'arbitrage.

OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE ET DE LA PERSONNE ASSURÉE

40. Le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus:
- 40.1. de faire les déclarations et communications, par écrit, au siège de l'assureur. Celles faites autrement ou par un intermédiaire ou un agent encaisseur n'engagent pas l'assureur
 - 40.2. d'aviser l'assureur, au plus tôt, de la date à laquelle les conditions préalables au maintien en vigueur du contrat et/ou des plans d'assurance ne sont plus réunies;
 - 40.3. d'aviser l'assureur, au plus tôt, de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement;
 - 40.4. de fournir à l'assureur ou à la personne mandatée par lui tout renseignement permettant d'établir le droit aux prestations et de donner suite à toutes les instructions et prescriptions lui notifiées.

41. La personne assurée est redevable de la franchise éventuelle et des frais non-médicaux (qui ne sont pas remboursés dans le cadre du plan IS Plus) payés par la DKV Belgium à l'hôpital dans le cadre d'un dossier Medi-Card[®]. La personne assurée recevra une lettre (y inclus un bulletin de versement) de la part de la DKV Belgium en demandant de rembourser la franchise éventuelle et les frais non-médicaux à la DKV Belgium. Si le remboursement n'a pas été fait après 2 rappels, le montant sera récupéré auprès du preneur d'assurance (= employeur). Le preneur d'assurance s'engage à payer les factures à la DKV Belgium endéans les 30 jours. Le preneur d'assurance n'est pas redevable de la franchise éventuelle et des frais non-médicaux si le membre du personnel concerné n'est plus en service auprès du preneur d'assurance. Le preneur d'assurance s'engage à nous renvoyer les Medi-Card[®] (endéans les 30 jours) des personnes ne faisant plus partie du contrat-groupe. L'emploi de la Medi-Card[®] n'est pas autorisé pour les cas d'assurance qui ne sont pas remboursés dans le cadre du plan IS Plus (par exemple : traitement psychothérapeutique, stérilisation, insémination artificielle, chirurgie esthétique, hypertrophie mammaire, dépression, ...). Le cas échéant, les frais payés par DKV Belgium à l'hôpital seront récupérés auprès de la personne assurée.
42. Si le preneur d'assurance ou la personne assurée a enfreint les obligations du contrat d'assurance ou celles nées de l'exécution du contrat, l'assureur est dispensé de fournir des prestations dans la mesure où l'omission l'a empêché de déterminer le droit aux prestations au moyen des mesures et contrôles tant administratifs que médicaux auxquels la survenance du cas d'assurance peut raisonnablement donner lieu.
43. Le preneur d'assurance ou, le cas échéant le curateur ou le liquidateur, est tenu d'informer le travailleur par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les 30 jours de la perte du bénéfice de l'affiliation :
- 43.1. du moment précis de cette perte du bénéfice de la présente garantie,
 - 43.2. de la possibilité de poursuivre l'affiliation individuellement,
 - 43.3. du délai dans lequel les personnes assurées peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle,
 - 43.4. des coordonnées de l'assureur.
44. Le preneur d'assurance est tenu d'informer chaque travailleur de la possibilité qui existe pour chaque personne assurée de souscrire individuellement un plan Horizon auprès de l'assureur. Le preneur qui aura omis de transmettre cette information à chaque travailleur ou qui ne sera pas en mesure d'apporter la preuve de la bonne exécution de cette obligation, sera tenu de verser à l'assureur la différence entre la prime calculée sur base de l'âge atteint au moment de l'exercice du droit à la poursuite individuelle et la prime calculée sur base de l'âge de l'assuré au moment de son affiliation à la présente garantie d'assurance.

LA PRIME

45. Le preneur d'assurance est redevable de la prime. Les enfants sont redevables de la prime pour adulte à partir du mois qui suit le 18ème anniversaire.
46. La prime mensuelle est une et indivisible. La prime mensuelle est quérable et payable d'après la périodicité prévue dans la police.
47. Le décompte de la prime est arrêté sur base des données communiquées à l'assureur. Si le décompte n'est pas conforme aux données communiquées, cette situation sera réputée acceptée et les primes dues sauf opposition du preneur d'assurance dans les 30 jours à dater de la notification.
48. La prime n'est pas exonérée après la survenance et au cours du cas d'assurance.
49. En cas de non-paiement de la prime ou d'une partie de prime le preneur d'assurance est mis en demeure par lettre recommandée et la garantie d'assurance est suspendue de plein droit à partir de la date prévue dans la mise en demeure. La garantie d'assurance reprend pour les cas d'assurance survenus après que le preneur d'assurance se soit acquitté de tous les arriérés des primes échues, augmentés des frais de la mise en demeure.
50. En cas de non-paiement suite à la mise en demeure, l'assureur a le droit de résilier le contrat d'assurance.

MODIFICATIONS DES CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE

51. Les Conditions Tarifaires d'Assurance peuvent subir, par décision de l'assureur, une modification approuvée conformément aux procédures légales et ce, également pour les contrats d'assurance en cours.
52. La modification entre en vigueur à la date fixée selon les modalités légales, et à défaut, à la date de la notification de l'avis de modification au preneur d'assurance.
53. Ne sont pas soumises aux dispositions précédentes les modifications de la taxe sur les contrats d'assurance, des impôts et/ou contributions additionnelles de toute nature, imposés par la loi ou toute autre disposition réglementaire.

DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE, DE LA PERSONNE ASSUREE ET DE L'ASSUREUR

54. Le preneur d'assurance et la personne assurée déclarent :

- 54.1. autoriser l'assureur à recueillir et à traiter les données et informations à caractère personnel et médical. Ils consentent expressément que les données et informations à caractère médical soient recueillies et traitées hors la surveillance et la responsabilité d'un praticien de l'art de guérir;
- 54.2. autoriser l'assureur à utiliser les données à caractère médical afin de conclure, de gérer et d'exécuter le contrat d'assurance conformément à ses finalités propres et, plus généralement, conformément aux finalités techniques et principes propres à l'activité d'assurance.

55. L'assureur déclare que les informations et données à caractère personnel et médical ne sont recueillies, traitées et utilisées qu'à la réalisation des finalités mentionnées et que par rapport à ces finalités, les informations et données sont adéquates, pertinentes et non excessives.

COUVERTURE DES ACTES DE TERRORISME

56. La garantie d'assurance s'étend aux cas d'assurance survenus en raison d'une maladie, de maladies concomitantes ou d'un accident découlant d'un acte de terrorisme, à l'exception des cas d'assurance et à toutes leurs suites découlant d'un acte de terrorisme commis à l'aide d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.

DISPOSITION FINALE

57. Pour ce qui n'est pas stipulé au contrat d'assurance, les dispositions légales belges sont d'application.

PLAN D'ASSURANCE ISPLUS GROUPE: Frais hospitaliers et frais pré- et post-hospitaliers, frais ambulatoires en rapport avec une maladie grave
CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE (C.T.A.) - Edition : 10/2007

LES CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE (C.T.A.) SONT FORMULEES EN EXECUTION DES CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE (C.G.A.)

1. PLAN D'ASSURANCE (= C.G.A. 6)

Le plan d'assurance est le Plan IS Plus

2. CAS D'ASSURANCE (= C.G.A. 7)

- 2.1. Le cas d'assurance est constitué par :
- 2.1.1. le traitement stationnaire dans un centre hospitalier pour autant que le centre hospitalier porte au moins un jour de séjour en compte ainsi que dans centre hospitalier assuré reconnu comme 'one day clinic' pour autant qu'une hospitalisation chirurgicale de jour ou une hospitalisation de jour avec un maxi-forfait, un forfait d'hôpital de jour (les groupes 1 à 7 inclus) soit mis en compte. Le cas d'assurance débute 30 jours avant l'entrée en centre hospitalier (= période pré-hospitalière) et se termine 90 jours après la sortie du centre hospitalier mais au plus tard au début d'un nouveau cas d'assurance (= période posthospitalière).
 En cas de traitement dans un hôtel hospitalier ou dans un centre palliatif, assimilé à un centre hospitalier, il n'y a pas de couverture pendant la période pré- et posthospitalière. L'accouchement à domicile est assimilé à l'accouchement dans un centre hospitalier.
- 2.1.2. le traitement ambulatoire d'une maladie définie comme maladie grave (cfr. C.T.A. point 2.3.), s'il y a un lien direct entre le traitement et la maladie grave. Ce traitement ambulatoire se limite aux frais définis dans les C.T.A. point 2.7
- 2.2. La garantie d'assurance s'étend aux cas d'assurance survenus à la suite d'un risque défini dans la police.
- 2.3. Sont seuls considérés comme maladie grave sauf dérogation prévue dans la police ou autrement : le cancer, la leucémie, la maladie de Parkinson, la maladie de Hodgkin, la maladie de Pompe, la maladie de Crohn, la maladie d'Alzheimer, le SIDA, le diabète, la tuberculose, la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique, la méningite cérébrospinale, la poliomyélite, les dystrophies musculaires progressives, l'encéphalite, le tétanos, l'hépatite virale, la malaria, le typhus exanthématique, les affections typhoïdes et paratyphoïdes, la diphtérie, le choléra, le charbon, la mucoviscidose, une affection rénale, nécessitant une dialyse rénale.
- 2.4. Sont remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance, les frais médicaux qui :
- 2.4.1. ont un caractère curatif, diagnostique ou palliatif;
- 2.4.2. sont médicalement nécessaires;
- 2.4.3. sont prestés par des dispensateurs de soins reconnus;
- 2.4.4. sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique;
- 2.4.5. sont exposés pendant la durée du cas d'assurance.
- Dans les conditions ainsi énumérées, l'assureur garantit la liberté thérapeutique du dispensateur des soins et de la personne assurée.
- 2.5. Sont remboursés par cas d'assurance au taux de remboursement prévu dans la police après intervention légale, statutaire ou de tout autre nature de la mutualité :
- 2.5.1. les frais de séjour;
- 2.5.2. les frais de séjour et de logement d'un des parents dans la même chambre que celui de l'enfant hospitalisé pour autant que le parent soit assuré d'après un même plan d'assurance, que la présence du parent soit considérée comme partie indispensable du traitement médical et que l'enfant n'ait pas atteint l'âge de 18 ans;
- 2.5.3. les frais de séjour du donneur avec un maximum de € 1 250 à l'occasion de la transplantation médicalement nécessaire d'un organe ou d'un tissu en faveur de la personne assurée et hospitalisée;
- 2.5.4. les frais des prestations médicales;
- 2.5.5. les frais des prestations paramédicales;
- 2.5.6. les frais pharmaceutiques, de pansement et de matériel médical;
- 2.5.7. les frais des adjuvants médicaux;
- 2.5.8. les frais de chirurgie;
- 2.5.9. les frais d'anesthésie;
- 2.5.10. les frais de l'utilisation de la salle d'opération et d'accouchement;
- 2.5.11. les frais des prothèses médicales;
- 2.5.12. les frais des membres artificiels;
- 2.5.13. les frais de transport en ambulance routière en Belgique;

- 2.5.14. les frais de transport par hélicoptère en Belgique du lieu de l'accident au centre hospitalier pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'un autre moyen de transport ne puisse être utilisé;
- 2.5.15. les frais de mortuaire qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation;
- 2.5.16. les frais de soins post-nataux dans les limites définies dans la convention conclue entre l'organisation de soins post-nataux et l'assureur. Il s'agit des frais facturés par cette organisation pour les soins qui sont fournis à domicile par le prestataire de soins habilité à la mère, au nouveau-né et à la famille.
- 2.6. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est réduit de 50 %, après déduction de l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutuelle.
- 2.7. Sont remboursés par cas d'assurance, au taux de remboursement prévu dans la police, après l'intervention légale, statutaire ou de tout autre nature de la mutualité, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la cause du traitement en centre hospitalier et exposés pendant la période pré- et posthospitalière (= frais pré- et posthospitaliers) ou en cas d'une maladie grave :
- 2.7.1. les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation;
- 2.7.2. les frais des traitements homéopathiques, d'acupuncture, ostéopathie et chiropraxie;
- 2.7.3. les frais des actes paramédicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur. Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie;
- 2.7.4. les frais des adjuvants médicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur. Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les verres de lunettes, les verres de contact, les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles piétrées, le lombostat, les attelles et les béquilles. Les frais dûment établis sont couverts à l'exclusion des frais d'entretien et de réparation, des frais des adjuvants pour leur utilisation et des pièces de rechange;
- 2.7.5. les frais des prothèses médicales;
- 2.7.6. les frais des membres artificiels;
- 2.7.7. les frais des produits pharmaceutiques, allopathiques et homéopathiques, les frais de pansement et de matériel médical, prescrits par un médecin, à l'exclusion de tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général;
- 2.8. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement est réduit de 50 %, après déduction de l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité. Si la personne assurée bénéficie uniquement des gros risques auprès de la mutuelle, une intervention fictive de la mutuelle sera prise en compte (si la nomenclature INAMI prévoit un remboursement)

3. FRANCHISE (= C.G.A. 13)

La franchise s'applique :

- 3.1. par personne assurée;
- 3.2. par année d'assurance mais au prorata du nombre de mois s'étalant entre le début d'un plan d'assurance et la date d'échéance annuelle si ce début ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle;
- 3.3. une fois au cas d'assurance qui s'étale d'une façon ininterrompue sur deux années d'assurance consécutives.

4. ASSURABILITE (= C.G.A. 16)

- 4.1. L'affiliation des membres du personnel est obligatoire. L'affiliation est possible pour autant :
- 4.1.1. qu'ils soient soumis à la sécurité sociale belge et qu'ils en bénéficient;
- 4.1.2. qu'il ne soit démontré qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, soit totalement soit partiellement;
- 4.1.3. qu'ils aient leur domicile et leur résidence fixe en Belgique ou dans un pays qui confine à la Belgique;
- 4.1.4. qu'ils soient en service actif d'une filiale du preneur d'assurance établie en Belgique;
- 4.1.5. qu'ils soient engagés par un contrat à durée indéterminée.
- 4.2. L'affiliation des membres de famille est facultative. L'affiliation est possible pour autant :
- 4.2.1. qu'ils cohabitent officiellement avec le membre du personnel;
- 4.2.2. qu'ils soient soumis à la sécurité sociale belge et qu'ils en bénéficient;
- 4.2.3. que l'affiliation s'étende à tous les membres de famille;
- 4.2.4. qu'il ne soit démontré qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, soit totalement soit partiellement.

5. RISQUES NON PREVUS OU EXCLUS (= C.G.A. 25)

La garantie d'assurance ne s'étend pas :

- 5.1. aux cas d'assurance en cours à la date de début de la garantie d'assurance en prenant en considération la date d'entrée en centre hospitalier (sauf en cas de reprise d'un contrat d'assurance existant qui couvre un risque similaire ou identique);
- 5.2. aux traitements dentaires quelle qu'en soit la nature à l'exception de ceux dont la nécessité médicale suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident est établie;
- 5.3. aux prothèses dentaires et au matériel dentaire quelle qu'en soit la nature, à l'exception de ceux délivrés et placés pendant la période posthospitalière, dont la nécessité médicale (suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident pour lequel DKV Belgium est intervenu), est établie et dont le plan de traitement a préalablement été soumis à et approuvé par l'assureur;
- 5.4. aux traitements psychothérapeutiques ou psychosomatiques.
Dans le cas d'un traitement (stationnaire) psychothérapeutique et/ou psychosomatique dans un centre hospitalier, l'intervention est limitée à 120 jours par personne assurée et par année d'assurance.

6. TERRITORIALITE (= C.G.A. 26)

La garantie d'assurance s'étend :

- 6.1. aux pays formant l'Union Européenne;
- 6.2. à tout autre pays pour tout cas d'assurance dont il est établi qu'il ne résulte pas d'un séjour entrepris dans le but de subir un traitement relatif à une maladie, un accouchement ou un accident.



Medi-Card® en de ziekenhuizen / Medi-Card® et les hôpitaux

Mise à jour de / Update op : 23/07/2006

Brussel / Bruxelles

076	1000 Brussel / Bruxelles	UMC St. Pieter / C.H.U. St. Pierre - Site St. Pierre
076	1000 Brussel / Bruxelles	UMC St. Pieter / C.H.U. St. Pierre - Site César de Poeye
079	1000 Brussel / Bruxelles	Hôtel Jules Bordet
113	1000 Brussel / Bruxelles	Clinique St. Jean - Site Botanique
077	1020 Brussel / Bruxelles	C.H.U. Brugmann - Site Herce
328	1020 Brussel / Bruxelles	Centre de Traumatologie et de Réadaptation - C.T.R.
077	1000 Brussel / Bruxelles	C.H.U. Brugmann - Site Paul Stron
088	1050 Brussel / Bruxelles	C.H. Jean Haes
067	1040 Brussel / Bruxelles	Hôpital Iris Sud - Site Marie Lambert
067	0100 Brussel / Bruxelles	Hôpital Iris Sud - Site Etterbeek - Isidus
087	1070 Brussel / Bruxelles	Hôpital Iris Sud - Site J. Stronpaes
406	1070 Brussel / Bruxelles	Hôpital Universitaire Erasme / Universitaire Geneeskundekliniek
339	1070 Brussel / Bruxelles	Clinique des Anes, St. Hans
018	1090 Brussel / Bruxelles	Nichting psychogeriatric - Ziekenhuis Zehentons
047	0802 Brussel / Bruxelles	C.H. Veldia - Site Schiere de Muzenwille
547	0802 Brussel / Bruxelles	C.H. Veldia - Site Jeanne Duffin
077	0802 Brussel / Bruxelles	C.H.U. Brugmann - Site René Magritte
143	0800 Brussel / Bruxelles	U.Z. Brussel
150	1000 Brussel / Bruxelles	Hôpital Universitaire des Etats-Unis Reims Patis - H.U.D.E.P.
205	1000 Brussel / Bruxelles	Clinique Saint-Sauveur
087	1100 Brussel / Bruxelles	Hôpital Iris Sud - Site Molenbeek - Leoythengen
023	1200 Brussel / Bruxelles	Clinique Universitaire St. Luc - Site St. Luc
403	1200 Brussel / Bruxelles	Clinique Universitaire St. Luc - Institut Adolphe Heret et Reims Etienne
170	1210 Brussel / Bruxelles	Clinique St. Jean - Site Molenbeek

Brabant Wallon

413	1300 Wavre	Clinique du Champ des Anes
043	1340 Châtelet	Clinique St. Pierre
344	1400 Nivelles	C.H. de Tuzot - Nivelles - Site Nivelles
394	1410 Waterloo	Clinique du St. Gerchois
340	1470 Gemappes	C.H. de Tuzot - Nivelles - Site C.M. de Gemappes
348	1480 Tubize	C.H. de Tuzot - Nivelles - Site Tubize

Vidame Brabant

166	1000 Halle	Regenerol Ziekenhuis St. Marie
499	1000 Visé	Ziekenhuis Ziekenhuis
126	1730 Aarschot	G.L.V. ziekenhuis Aarschot - Campus Aarschot
204	1800 Waremme	A.Z. Jan Portebak - Campus Zuid
204	1800 Waremme	A.Z. Jan Portebak - Campus Noord
052	1820 Malines	Natuursal MS centrum VZW
109	3000 Leuven	Regionaal Ziekenhuis Hellig Hart
323	3000 Leuven	U.Z. Leuven - Campus St. Pieter
332	3000 Leuven	U.Z. Leuven - Campus Gasthuisberg
322	3000 Leuven	U.Z. Leuven - Campus St. Rafael
045	3000 Leuven	U.Z. Leuven - Rode Kruis
066	3120 Tienen	Spreekuur Ziekenhuis Dierenen
109	3000 Aarschot	A.Z. Hellig Hart Tienen - Campus St. Elisabeth
322	3170 Lubbeek	U.Z. Leuven - Campus St. Andre
712	3200 Dilsen	A.Z. Dilsen - Campus Michel Theysstraat
712	3200 Dilsen	A.Z. Dilsen - Campus Huisvestingsstraat
322	3200 Pellenberg	U.Z. Leuven - Campus Pellenberg
109	3100 Tienen	A.Z. Hellig Hart Tienen - Campus St. Jan
158	3300 Turnhout	A.Z. Hellig Hart Tienen - Campus Mariëndal

Limburg

159	3500 Hasselt	C.A.Z. Midden Limburg - Campus Bakover
343	3400 Hasselt	Vrije Zaken Ziekenhuis
159	3540 Sint-Denijs	C.A.Z. Midden Limburg - Campus St. Ursula
714	3550 Hoesel	C.A.Z. Midden Limburg - Campus St. Franciscusziekenhuis
371	3600 Genk	Ziekenhuis Oost-Limburg - Campus R. Dierckx
371	3600 Genk	Ziekenhuis Oost-Limburg - Campus Rd. Jan
371	3610 Lanaken	Ziekenhuis Oost-Limburg - Campus St. Barbara
712	3680 Maaseik	Ziekenhuis Maaseik - Campus Maaseik
716	3700 Tongeren	A.Z. Vesalius - Campus St. Jacobus
716	3740 Givone	A.Z. Vesalius - Campus St. Martinus
052	3740 Muntzenhoven	Medisch Centrum St. Jeroen
719	3800 St. Truiden	R.Z. St. Truiden - Campus St. Anne
719	3800 St. Truiden	R.Z. St. Truiden - Campus St. Jozef
991	3830 St. Truiden	Psychiatrisch Centrum (Bakover)
719	3900 Geerpel	Revalidatie en MS Centrum
719	3900 Geerpel	Revalidatiehuis
717	3900 Diele	Ziekenhuis Middelbeke - Campus Bree

Liège

192	4000 Liège	C.H.C. - Clinique St. Joseph
412	4000 Liège	C.H.R. de la Citadelle - Site Citadelle
412	4000 Liège	C.H.R. de la Citadelle - Site Ste. Rosalie
307	4000 Liège	C.H.U. Sart Tilman - Site Sart Tilman
307	4000 Liège	Clinique Notre-Dame des Anges
072	4000 Liège	C.H.P. Petit Bourgogne - Agora - Site Petit Bourgogne
072	4000 Liège	C.H.P. Petit Bourgogne - Agora - Site Agora
158	4000 Rocourt	C.H.C. - Clinique St. Vincent de Paul
307	4032 Chênée	C.H.U. Sart Tilman - Site Clinique Notre-Dame des Anges
023	4040 Herstal	Clinique André Renard
412	4040 Herstal	C.H.R. de la Citadelle - Site du Château Rouge
042	4100 Seneffe	C.H. du Bois de Mûlange et du Hainoye - Site Seneffe
307	4130 Esaux	C.H.U. Sart Tilman - Site Ourthe - Antidote
042	4200 Waremme	C.H. du Bois de Mûlange et du Hainoye - Site Waremme
152	4300 Vervenne	C.H.C. - Clinique Notre-Dame de Vervenne
152	4400 Saint-Nicolas	C.H.C. - Clinique de l'Espérance
068	4500 Huy	Centre Hospitalier Huisie
343	4507 Froidenois-Condoois	Centre neurologique de Froidenois-Condoois
152	4507 Hermalle-Argenteau	C.H.C. - Clinique Notre-Dame d'Hermette
036	4700 Espin	St. Martinus
207	4700 St. Vith	Hôpital St. Joseph
026	4800 Verviers	C.H. Peltzer-La Tourelle - Site Peltzer
150	4802 Haveluy	C.H.C. - Clinique Ste. Elisabeth
040	4802 Verviers	C.H. Peltzer-La Tourelle - Site La Tourelle
034	4811 Ham-Chapelle	Clinique Psychiatrique des Frères Aloysius
064	4800 Malmedy	Clinique Reims Aubert
021	4807 La Glize	C.H. Peltzer-La Tourelle - Centre de Rééducation Physico-Auditive

Antwerpen

009	2000 Antwerpen	Z.N.A. St. Elizabeth
009	2000 Antwerpen	A.Z. Middelheim - APRA Klerck
009	2015 Antwerpen	Z.N.A. Koningin Paola Ziekenhuis
100	2018 Antwerpen	Ziekenhuis Zusters Antwerpen - Campus St. Vincencius
009	2018 Antwerpen	A.Z. Middelheim - Campus Eendrachtstraat
009	2040 Antwerpen	Z.N.A. Middelheim
009	2050 Antwerpen	Hof Ten Schilde Revalidatiecentrum
009	2080 Antwerpen	Z.N.A. St. Anthonis
009	2000 Antwerpen	P.Z. St. Anthonis
082	2100 Deurne	A.Z. Middelheim - Campus G.L.V. Middelheim
009	2140 Breda	Z.N.A. Erasmus
009	2170 Merksem	Z.N.A. Jan Pelegrin
308	2200 Herentals	A.Z. St. Elisabeth
043	2300 Turnhout	St. Elisabethziekenhuis
040	2300 Turnhout	A.Z. St. Jozef
036	2390 Melle	A.Z. St. Jozef
102	2400 Mol	Hellig Hartziekenhuis
308	2440 Geel	A.Z. St. Dymphna
007	2500 Lier	Hellig Hartziekenhuis
026	2670 Duffel	A.Z. St. Martinus - Campus Roodenberg
079	2670 Duffel	Psychiatrisch Centrum St. Hieronymus
009	2870 Wijn	Ziekenhuis Zusters Antwerpen - Campus St. Bavo
009	2970 Wijk	Ziekenhuis Zusters Antwerpen - Campus St. Augustinus
100	2980 Mechelen	Ziekenhuis Zusters Antwerpen - Campus St. Jozef
002	2980 Mechelen	P.C. St. Anthonis
308	2980 Edegem	U.Z. Antwerpen
009	2980 Herikheim	Z.N.A. Koning Beatrix
036	2980 Melle	A.Z. St. Martinus - Campus Leopoldstraat
028	2920 Mechelen	A.Z. St. Martinus - Campus Zwartbuisstraat
009	2920 Breda	Ziekenhuis Zusters
106	2930 Wilrijk	St. Jozefziekenhuis - Campus Wilrijk
314	2940 Herent	A.Z. Hellig Familie
104	2980 Breda	St. Jozefziekenhuis - Campus Breda
041	2925 Brasschaat	Herengestreekt Ziekenhuis De Meek
710	2930 Brasschaat	A.Z. Kint
009	2980 Zaventem	Z.N.A. Jozephine
007	2980 Zaventem	Psychiatrisch Ziekenhuis Breda

Namur

006	5000 Namur	C.H.R. de Namur
106	5000 Namur	Clinique - Middelweg St. Elizabeth
720	5000 Namur	Freyer St. François
006	5004 Bièvre	Clinique St. Luc
109	5000 Sambreville	C.H.R. du Val de Sambre - Site Auvillers
204	5000 Dinant	D.H. de Dinant - Site St. Vincent
004	5000 Dinant	C.H. de Dinant - Site Ste Anne
008	5000 Verviers	Clinique Universitaire de Saint Germain

DKV is een handelsmerk van de Belgische Staat. De afbeelding van de Belgische Staat is een afbeelding van de Belgische Staat. De afbeelding van de Belgische Staat is een afbeelding van de Belgische Staat.

West-Vlaanderen

949	8000 Brugge	A.Z. St. Jan - Campus St. Jan
949	8000 Brugge	A.Z. St. Jan - Campus St. Pietersteenvoer/Oversteenvoer
947	8000 Brugge	P.C. Ruzensburg
952	8300 Knokke-Heist	VZV Gezondheidszorg Oostkust - A.Z. D.L.V. Ter Linden
140	8310 Brugge	A.Z. St. Lucas
332	8340 Damme-Bijvoet	A.Z. A.M.A. - Campus Bijvoet
352	8370 Blankenberge	VZV Gezondheidszorg Oostkust - A.Z. Feringh Fabrika
997	8400 Oostende	Ziekenhuis Henri Remys
323	8400 Oostende	A.Z. Dambon - Campus Heilig Hart
325	8400 Oostende	A.Z. Dambon - Campus St. Jozef
672	8400 Oostende	Belgisch Zee-instituut voor Orthopedie
396	8500 Kortrijk	A.Z. Ghentbrug - Campus St. Nikolaas
396	8500 Kortrijk	A.Z. Ghentbrug - Campus St. Maurits
396	8500 Kortrijk	A.Z. Ghentbrug - Campus Maria Voorzichtigheid
396	8500 Kortrijk	A.Z. Ghentbrug - Campus O.L.V. Hospitaal
528	8500 Kortrijk	P.H. Gezondheidszorg Heilige Familie
310	8510 Veurne	St. Augustinusziekenhuis
375	8570 Oostduinkerke	Koningin Elisabeth Instituut
375	8570 Tiel	St. Anthonisziekenhuis
397	8700 Weeningem	Streek O.L.V. van Lourdes
403	8900 Hasselt	Stedelijk Ziekenhuis
117	8920 Roeselare	H. Hartbeekziekenhuis - Campus Wijnestraat
117	8920 Roeselare	H. Hartbeekziekenhuis - Campus Westlaan
376	8920 Tielhout	St. Rembertusziekenhuis
658	8970 Izegem	Rivierlandziekenhuis Ten Bos
124	8970 Izegem	St. Jozefziekenhuis
357	8980 Ieper	R.Z. Jan Yperman - Campus Kintet der Zwarte Zaken
357	8980 Ieper	R.Z. Jan Yperman - Campus O.L.V. Ziekenhuis
118	8980 Ieper	H. Hartbeekziekenhuis - Campus Wijnestraat
118	8980 Ieper	H. Hartbeekziekenhuis - Campus Druygenstraat
357	8970 Poperinghe	R.Z. Jan Yperman - Campus Mariastadionhuis

Oost-Vlaanderen

917	9000 Gent	A.Z. Maria Middelen - Campus Maria Middelen
399	9000 Gent	A.Z. St. Lucas - Campus Willebrordus
399	9000 Gent	A.Z. St. Lucas - Campus St. Lucas
674	9000 Gent	U.Z. Gent
713	9000 Gent	A.Z. Jan Peffer - Campus Westporthuis
713	9000 Gent	A.Z. Jan Peffer - Campus Feringh Fabrikaal
917	9000 Gentbrugge	A.Z. Maria Middelen - Campus St. Jozef
939	9001 Sint-Denijs-Westrem	Psychiatrisch Ziekenhuis St. Gumbertus
296	9100 St. Niklaas	A.Z. Niklaas - Campus Sint-Gumbertus
395	9100 St. Niklaas	A.Z. Niklaas - Campus St. Nikolaas
395	9120 Beveren-Waas	A.Z. Niklaas - Campus Beveren
395	9140 Tenorpe	A.Z. Niklaas - Campus Tenorpe
295	9150 Lokeren	A.Z. Lokeren
395	9170 St. Ghisbregem	A.Z. Niklaas - Campus St. Ghisbregem
312	9200 Dendermonde	A.Z. St. Basilius - Campus Dendermonde
296	9220 Hamme	A.Z. Niklaas - Campus Hamme
176	9250 Willebroek	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Abat - Campus Willebroek
602	9260 Zulte	A.Z. St. Basilius - Campus Zulte
126	9260 Zulte	O.L.V. Ziekenhuis Abat - Campus Onze Lieve Vrouw
176	9300 Aalst	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Abat - Campus Aalst
126	9400 Ninove	O.L.V. Ziekenhuis Abat - Campus Ninove
176	9400 Geeraardsbergen	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Abat - Campus Geeraardsbergen
399	9500 Poperinghe	A.Z. Zuster van Barmhartigheid - Campus Zusters van Barmhartigheid
399	9500 Poperinghe	A.Z. Zuster van Barmhartigheid - Campus Druygenstraat
217	9520 Zottegem	A.Z. St. Elisabeth
170	9700 Oudenaarde	A.Z. Oudenaarde
134	9800 Deinze	St. Vincentziekenhuis
632	9900 Eeklo	A.Z. A.M.A. - Campus Eeklo
996	9900 Eeklo	P.C. St. Jan

Hainaut

627	6000 Charleroi	Grand Hôpital de Charleroi - Site Notre Dame
718	6000 Charleroi	C.H.H. de Charleroi - Espace santé
718	6000 Charleroi	C.H.H. de Charleroi - Site Charleroi
718	6030 Northemans-en-Pont	C.H.H. de Charleroi - Site Vincent van Gogh
718	6040 Jambart	C.H.H. de Charleroi - Site Jambart
499	6041 Gosselies	Clinique Notre Dame de Gosselies
616	6060 Gilly	Grand Hôpital de Charleroi - Site St. Joseph
616	6061 Montignies-Sambre	Grand Hôpital de Charleroi - Site Ste Thérèse
627	6061 Montignies-Sambre	Grand Hôpital de Charleroi - Site Renee Fabbria
325	6110 Montigny-La-Trouw	C.H.H. Venette - Site Centre
325	6110 Montigny-La-Trouw	C.H.H. Venette - Site Venette
718	6200 Chatelet	C.H.H. de Charleroi - Hôpital Léon Rousseau
616	6090 Erzevel	Grand Hôpital de Charleroi - Site S.M.F.R.
249	6400 Charoy	Centre de Santé des Paysans
148	6500 Lobbes	C.H. de Jolimont-Lobbes - Site Lobbes
294	7000 Mons	C.H.H. Ambrosius Paré
266	7000 Mons	C.H.P. St. Joseph - Yvergespree - Site St. Joseph
697	7000 Seneffe	C.H.P. de la Haute Seneffe - Site La Trazant
697	7000 Seneffe	C.H.P. de la Haute Seneffe - Site St Vincent
416	7000 Frameries	A.S.H. Providence des Malades et Mal. Chron. - Clinique Notre Dame
697	7000 Stran-le-Damme	C.H.P. de la Haute Seneffe - Site Housstere
697	7100 La Louvière	C.H.H. Tavel
148	7100 La Louvière	C.H. de Jolimont-Lobbes - Site Jolimont
366	7300 Soignies	C.H.P. St. Joseph-Waergoignes - Site Hôpital de Waergoignes
416	7301 Hamu	A.S.H. Providence des Malades et Mal. Chron. - C.H. Grand Hamu
698	7301 Baudour	R.H.M.S. - Site de Baudour
728	7600 Tournai	C.H. W.P.A. - Site MAC
691	7600 Tournai	Clinique Notre-Dame
394	7600 Tournai	C.H.P. de Tournai - Site La Seneffe
394	7600 Tournai	C.H.P. de Tournai - Site Hôpital de la Seneffe
725	7600 Perwez	C.H. W.P.A. - Site de Perwez
922	7603 Binche	Clinique Neuropsychiatrique de Binche
347	7700 Mouscron	C.H. de Mouscron - Site Le Refuge
347	7700 Mouscron	C.H. de Mouscron - Site C.H.P.
124	7800 Asse	R.H.M.S. - Site d'Asse
724	7900 Binche	R.H.M.S. - Site de Binche

Luxembourg

164	9000 Beaufort	FAC - Site Ste Thérèse
168	9000 Notre-Dame	Centre Hospitalier de Moyettes - Site Ste Ode
248	9700 Arlon	Cliniques du Sud Luxembourg - Clinique St. Joseph
248	9702 Viller - St. Mand	Cliniques du Sud Luxembourg - Clinique Edouard Jacques
248	9701 Achen	Cliniques du Sud Luxembourg - Clinique Saks-bus
164	9800 Larvion	Centre Hospitalier de Firdoux - Site L'Arche
164	9800 Marche	FAC - Site Hôpital Princesses Pinks

