

ViviPlan

Algemene voorwaarden

VMOB SOHO | Sint-Jansstraat 32-38 | 1000 Brussel

Verzekeringsmaatschappij door de CDZ toegelaten onder
nr. 350/01 om de tak 2 “ziekte” te beoefenen
Versie 03 - editie 01/2021

Inhoud

Artikel 1 : Definities.....	3
Artikel 2 : Doel van de verzekering	4
Artikel 3 : Verplichtingen van de verzekerde bij de onderschrijving of toetreding tot het verzekeringscontract	5
Artikel 4 : Inwerkingtreding, duur en einde van de verzekering	5
Artikel 5 : Adreswijziging, wijziging in het mutualistisch gezin	5
Artikel 6 : Premie	6
Artikel 7 : Indexering, tariefwijziging en aanpassing van de dekkingsvoorwaarden	8
Artikel 8 : Wachtijd	8
Artikel 9 : Tegemoetkoming.....	8
Artikel 10 : Verzekeringsgrenzen.....	10
Artikel 11 : Uitsluitingen.....	10
Artikel 12 : Territoriale geldigheid	10
Artikel 13 : Aanvraag terugbetaling kosten.....	10
Artikel 14 : Terugbetalingsmodaliteiten	10
Artikel 15 : Minnelijke Medische Expertise	11
Artikel 16 : Onterechte betalingen	11
Artikel 17 : Subrogatie	11
Artikel 18 : Sancties.....	11
Artikel 19 : Klachten.....	11
Artikel 20 : Gegevensverwerking.....	11
Artikel 21 : Algemene bepalingen	11
Informatie over de kosten en lasten met betrekking tot de premie 2021	12

Artikel 1 : Definities

1.1 Aanvullende verzekering:

De diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), georganiseerd door een aangesloten ziekenfonds, door de landsbond en door de maatschappij van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

1.2 Ambulante zorgen:

Medische zorgen verleend buiten een hospitalisatie en buiten een daghospitalisatie.

1.3 Chronisch zieke:

De natuurlijke persoon die voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in het Koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37vicies/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, alsook de natuurlijke persoon met één van de volgende aandoeningen:

- Neuromusculaire aandoening zoals omschreven in de revalidatie-overeenkomst met de revalidatiecentra (o.a. MS, ALS, Parkinson, ...)
- Aids
- Mucoviscidose
- Systeemsclerose
- Diabetes
- Kwaadaardige woekeringen (o.a. kanker, Kähler, Hodgkin, leukemie)
- Crohn
- Colitis Ulcerosa
- Levercirrose
- Sarcoïdose
- Nieraandoening met noodzaak tot chronische hemodialyse

1.4 Daghospitalisatie:

Een medische noodzakelijke opname in een ziekenhuis, waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, maar wel een forfaitair bedrag wordt aangerekend, zoals bepaald in artikel 4 van de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen van 29 november 2013.

1.5 Gelijkaardige verzekering:

Elke verzekering tegen ambulante ziektekosten ingericht door een verzekeringsonderneming die vergelijkbare waarborgen biedt met de verzekering ViviPlan.

Het bewijs van dekking door een gelijkaardige verzekering wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsonderneming.

1.6 Geneesmiddel:

Ieder product dat uitsluitend in de apotheek wordt afgeleverd, dat voorgeschreven is door een arts en dat ofwel als geneesmiddel vergund is door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft of door de Europese Commissie (cf. artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen) ofwel als magistrale bereiding bereid is (cf. artikel 6quater § 3, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen).

1.7 Gerechtigde:

De natuurlijke persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in de hoedanigheid van gerechtigde bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds is ingeschreven.

1.8 Gezinszorg:

Het zorgaanbod dat bestaat uit persoonsverzorging, huishoudelijke hulp en schoonmaakhulp, alsook de daarmee verband houdende algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding (cfr. artikel 2 lid 15 van het Vlaams woonzorgdecreet van 13 maart 2009) en wordt verstrekt door een dienst voor gezinszorg dewelke erkend werd door het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid.

1.9 GvU-wet:

De wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

1.10 Hoorapparaat:

Elk uitwendig toestel voor slechthorenden om het gehoor te versterken waarvoor de verzekerde recht heeft op een tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering.

1.11 Hospitalisatie:

Een medisch noodzakelijke opname in een ziekenhuis waarvoor een bedrag per verpleegdag wordt gefactureerd zoals bepaald in artikel 3 van de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen van 29 november 2013.

Iedere hospitalisatie waarvoor het ziekenhuis conform artikel 97 en / of artikel 152 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, kamer- of ereloon-supplementen heeft aangerekend, zal volledig worden beschouwd als een hospitalisatie op een éénpersoonskamer

1.12 Kind:

Het kind van de gerechtigde dat de leeftijd van 25 jaar nog niet bereikt heeft en in de hoedanigheid van persoon ten laste ingeschreven staat bij de gerechtigde.

1.13 Mutualistisch gezin:

De gerechtigde en zijn personen ten laste zoals deze gekend zijn bij de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

De samenstelling van het mutualistisch gezin kan afwijken van de gezinssamenstelling zoals deze gekend is in het bevolkingsregister.

1.14 Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Het geheel van codes, bedoeld in artikel 35 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met de geneeskundige prestaties die (geheel of gedeeltelijk) vergoed worden (KB van 14 september 1984 en latere wijzigingen).

1.15 Ongeval:

Iedere plotse gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de verzekerde ligt en die zijn/haar fysieke integriteit aantast.

- 1.16 Opzettelijke daad:**
De vrijwillig en bewust gestelde handeling die schade teweegbrengt welke redelijkerwijs te voorzien is.
- 1.17 Palliatieve thuispatiënt**
De natuurlijke persoon die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 3 van het Koninklijk Besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
- 1.18 Persoon ten laste:**
De natuurlijke persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wel als rechthebbende maar niet als gerechtigde is aangesloten bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds.
- 1.19 Premie:**
Bedrag dat de verzekeraar vraagt als tegenprestatie voor haar verbintenissen, eventueel verhoogd met belastingen en/of bijkomende heffingen van welke aard ook, bij wet of bij enige andere reglementaire beschikking opgelegd.
- 1.20 Psycholoog:**
Als psycholoog in de zin van deze Algemene Voorwaarden wordt verstaan:
- De psycholoog die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in de wet van 8 november 1993 tot bescherming van de titel van psycholoog en voorkomt op de lijst van erkende psychologen bijgehouden door de Psychologencommissie op datum van de verstrekking.
 - De psycholoog die erkend is conform de voorwaarden opgenomen in artikel 68/1 van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen
 - De psychotherapeut die erkend is conform de voorwaarden opgenomen in artikel 68/2/1 van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.
- 1.21 Wettelijk remgeld (persoonlijk aandeel):**
Het deel van de geneeskundige verzorging dat door de verzekerde dient gedragen te worden, en dat wettelijk werd vastgelegd.
- 1.22 Verzekeraar:**
De VMOB SOHO, met maatschappelijke zetel te Sint-Jansstraat 32-38, 1000 Brussel, die erkend is als onderneming onder het nummer 350/01, toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen bij beslissing van 23 november 2011 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen aan te bieden.
- 1.23 Verzekerde:**
Het lid van het mutualistisch gezin op wie het risico rust en die de begunstigde is van het verzekeringscontract.

- 1.24 Verzekeringnemer:**
De gerechtigde van het mutualistisch gezin die het verzekeringscontract heeft onderschreven voor eigen rekening en/of voor rekening van de verzekerden en die gehouden is tot betaling van de premies of de feitelijk gescheiden echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde die hier schriftelijk om gevraagd heeft.
- 1.25 Verzekeringscontract:**
Het verzekeringscontract wordt gevormd door deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden. De Bijzondere Voorwaarden primeren op de Algemene Voorwaarden.
- 1.26 Verzekeringsjaar:**
De periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de jaarlijkse vervalddag van het verzekeringscontract. De jaarlijkse vervalddag wordt in de Bijzondere Voorwaarden vermeld.
- Indien de toetreding tot het verzekeringscontract voor een verzekerde niet overeenstemt met de jaarlijkse vervalddag, bestaat het eerste verzekeringsjaar voor die verzekerde uit de periode tussen de datum van toetreding tot het verzekeringscontract en de jaarlijkse vervalddag.
- 1.27 Wachttijd:**
De periode die ingaat bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract en tijdens dewelke geen enkel recht op tegemoetkoming kan ontstaan of gevraagd worden. De premie is verschuldigd gedurende deze periode.
- 1.28 Wettelijke tegemoetkoming:**
Elke terugbetaling voorzien door de Belgische wetgeving:
- de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
 - de wet op de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971);
 - de wet op de beroepsziekten (wet van 03 juni 1970);
 - de wet betreffende de maximumfactuur (wet van 05 juni 2002)
- 1.29 Ziekenfonds:**
Een vereniging van natuurlijke personen die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel heeft in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit, zoals bepaald in artikel 2 van de wet van 06 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.
- 1.30 Zorg op afstand:**
De zorg waarbij de patiënt thuis via technologie wordt gemonitord en de monitoring online wordt gevolgd in een zorgcentrale die permanent bemand is met verpleegkundig of zorgkundig personeel.

Artikel 2 : Doel van de verzekering

Deze verzekering beoogt, binnen de grenzen van het verzekeringscontract, tegemoet te komen in de kosten van hierna volgende ambulante zorgen:

- Oogzorgen
- Hoorapparaten
- Psychologie
- Rempelden
- Geneesmiddelen
- Palliatieve zorg
- Chronische ziekte
- Geboorte

Artikel 3 : Verplichtingen van de verzekerde bij de onderschrijving of toetreding tot het verzekeringscontract

De verzekering kan enkel onderschreven worden door het volledig mutualistisch gezin, tenzij de gerechtigde het bewijs levert dat hij of andere leden van diens mutualistisch gezin al verzekerd zijn door een gelijkaardige verzekering via de werkgever.

Om als verzekerde aanvaard te kunnen worden, moet de kandidaat-verzekerde:

- lid zijn van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds;
- de aanvullende bijdrage betaald hebben zoals bepaald in artikel 67 van de wet van 26 april 2010;
- als gerechtigde of persoon ten laste ingeschreven zijn;
- een verzekeringsvoorstel en een behoefte-analyse ingevuld en ondertekend terugbezorgen.

Indien de kandidaat-verzekerde een persoon ten laste is, mag het verzekeringsvoorstel ingevuld en ondertekend worden door de verzekeringnemer.

De aanvaarding van de verzekerde gebeurt overeenkomstig het acceptatiebeleid van de verzekeraar dat op dat ogenblik van toepassing is.

Artikel 4 : Inwerkingtreding, duur en einde van de verzekering

4.1 Inwerkingtreding van, of toetreding tot, het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1e van de maand volgend op de ontvangst van het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel en de behoefte-analyse, noch vóór de betaling van de 1e premie. De verzekeraar is tot geen enkele prestatie gehouden vóór de inwerkingtreding van het verzekeringscontract.

In afwijking van deze algemene bepaling treedt een pasgeborene of een adoptiekind jonger dan 3 jaar in toe tot het verzekeringscontract vanaf de geboorte- of adoptiedatum, waarbij de wachttijd niet meer doorlopen hoeft te worden indien de verzekeringnemer al minimum 6 maanden ononderbroken gedekt is door het verzekeringscontract of door een gelijkaardige verzekering.

In afwijking van deze algemene bepaling, treedt een persoon ten laste toe tot het verzekeringscontract vanaf de 1e van de maand volgend op de inschrijving als persoon ten laste in het ziekenfonds.

4.2 Duur van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

4.3 Einde van het verzekeringscontract

4.3.1 Bij overlijden van de verzekeringnemer wordt het verzekeringscontract van de verzekerden beëindigd op het einde van de maand waarin de verzekeringnemer overleden is. De verzekerden kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 5 van deze Voorwaarden.

4.3.2 Bij overlijden van de verzekerde wordt het verzekeringscontract beëindigd op de dag van het overlijden.

4.3.3 Wanneer de verzekerde niet langer lid is van één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen wordt het verzekeringscontract beëindigd.

4.3.4 Indien de verzekerde uitgesloten werd uit de aanvullende verzekering van één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen, wordt het verzekeringscontract beëindigd.

4.3.5 Indien een verzekerde de hoedanigheid van persoon ten laste ten aanzien van de verzekeringnemer verliest, wordt het verzekeringscontract in hoofde van de verzekerde beëindigd op het einde van de maand dat het verlies van hoedanigheid bevestigd wordt door het ziekenfonds. De verzekerde kan genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 5 van deze Voorwaarden.

4.3.6 Wanneer de verzekeringnemer de hoedanigheid van gerechtigde verliest, wordt het verzekeringscontract van de verzekeringnemer en de verzekerden beëindigd op het einde van de maand dat het verlies van hoedanigheid bevestigd wordt door het ziekenfonds. De verzekeringnemer en de verzekerden kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 5 van deze Voorwaarden.

4.3.7 Ingeval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervalddag wordt het verzekeringscontract beëindigd overeenkomstig de procedure bepaald in artikel 6.2 van deze Voorwaarden.

4.3.8 Het verzekeringscontract wordt op vraag van de verzekeringnemer beëindigd op de jaarlijkse vervalddag van de premie, op voorwaarde dat de opzegging minstens 3 maanden vóór de vervalddag wordt aangevraagd via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs.

4.3.9 Het verzekeringscontract wordt op vraag van de verzekeringnemer beëindigd op de jaarlijkse vervalddag van de premie, op voorwaarde dat de opzegging binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de premie of aanpassing van deze Voorwaarden gebeurt, en dat de opzeg wordt aangevraagd via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. Deze bepaling is niet van toepassing wanneer de premie wordt aangepast overeenkomstig artikel 7 § 1, van deze Voorwaarden.

De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten zoals bepaald in de artikelen 9 en 10 van deze Voorwaarden voor elk schadegeval ontstaan voor de stopzetting van het verzekeringscontract.

Artikel 5 : Adreswijziging, wijziging in het mutualistisch gezin

De verzekeringnemer (of de verzekerde ingeval van overlijden van de verzekeringnemer) verbindt zich ertoe, zo hij/zij van woonplaats verandert of zo de samenstelling van zijn/haar mutualistisch gezin wijzigt, de verzekeraar schriftelijk te verwittigen binnen de 30 dagen na wijziging.

Onder wijziging in het mutualistisch gezin wordt verstaan:

- het overlijden van de verzekeringnemer of van een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van persoon ten laste in hoofde van een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van gerechtigde in hoofde van de verzekeringnemer;
- de toevoeging van een persoon ten laste aan het gezin.

Bij wijziging in het mutualistisch gezin heeft de verzekerde, die het voordeel van deze verzekering verliest overeenkomstig de bepalingen van artikel 4.3 van deze Voorwaarden, het recht om deze verzekering voort te zetten, op voorwaarde weliswaar dat de verzekerde aangesloten is bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

Het aanbod tot voortzetting wordt door de verzekeraar binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf het ogenblik dat de verzekeraar kennis neemt van de wijziging, overgemaakt aan de verzekerde. De verzekerde heeft een termijn van 60 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van het aanbod tot voortzetting, om het aanbod schriftelijk te aanvaarden.

Ingeval van aanvaarding treedt het verzekeringscontract in werking vanaf de eerste van de maand volgend op het verlies van het voordeel van de vorige verzekering.

Indien de verzekeringnemer (of de verzekerde ingeval van overlijden van de verzekeringnemer) zich niet houdt aan één van bovenvermelde voorwaarden, vervalt het recht op voortzetting voor de verzekerde.

Artikel 6 : Premie

6.1 Betaling van de premie

De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervalddag vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

De premie is betaalbaar bij aanbieding van het vervalddagbericht of het verzoek om betaling, verstuurd door de verzekeraar naar het laatst gekend adres van de verzekeringnemer. Ingeval van niet-betaling van de premie geldt artikel 6.2 van deze Algemene Voorwaarden.

De premie wordt berekend in functie van de leeftijd die de verzekerde heeft op de jaarlijkse vervalddag vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

Indien er door een verzekeringscontract meer dan 2 kinderen verzekerd worden, moet er vanaf het 3e kind op het verzekeringscontract geen premie meer betaald worden. De bepaling van het premievrij kind gebeurt op basis van de geboortedatum. De kinderen worden van oud naar jong gerangschikt volgens hun geboortedatum. De vrijstelling vanaf het 3e kind is voorbehouden aan de jongste kinderen op het verzekeringscontract.

6.2 Niet-betaling van de premie

Niet-betaling van de premie op de vervalddag levert grond op tot opzegging van het verzekeringscontract mits de verzekeringnemer in gebreke is gesteld via een aangetekend schrijven.

In dit schrijven wordt de verzekeringnemer aangemaand de premie te betalen binnen een termijn die niet korter is dan 15 dagen. In deze brief wordt de aanvang van deze termijn vermeld, alsook de gevolgen van niet-betaling door de verzekeringnemer.

De opzegging van het verzekeringscontract wegens niet-betaling van de premie gaat in vanaf de dag volgend op de dag waarop de bovenvermelde termijn eindigt, doch doet geen afbreuk aan de dekking die betrekking heeft op een verzekerd voorval dat zich voor de opzeggingsdatum heeft voorgedaan.

6.3 Bedrag van de premie

Tijdens de volledige duur van het verzekeringscontract wordt de premie op de jaarlijkse vervalddatum elk jaar aangepast met een percentage afhankelijk van de instapleeftijd van de verzekerde. Dit percentage wordt berekend op basis van de premie van het vorige jaar. Deze aanpassing aan de premie komt bovenop de aanpassingen overeenkomstig de bepalingen van artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.

Verzekerden die een verzekeringscontract onderschrijven in 2019 en 2020, genieten van een lanceringskorting en betalen, ongeacht hun leeftijd en gedurende de volledige ononderbroken duurtijd van het verzekeringscontract, een premie van een verzekerde die jonger is dan 45 jaar bij onderschrijving van het product.

Hieronder in de tabel worden de maandpremies in functie van de leeftijd bij onderschrijving van het product en de bereikte leeftijd weergegeven dewelke geldig zijn vanaf 01.01.2021.

Jonger zijn dan 45 jaar		Jonger zijn dan 50 jaar		Jonger zijn dan 70 jaar		Ouder zijn dan 70 jaar	
0	0,00	45	€ 27,21	50	€ 35,93	+ 70 jaar	€ 53,06
1	0,00	46	€ 27,83	51	€ 36,53		
2	0,00	47	€ 28,47	52	€ 37,16		
3	0,00	48	€ 29,13	53	€ 37,78		
4	8,15	49	€ 29,79	54	€ 38,43		
5	8,37	50	€ 30,48	55	€ 39,08		
6	8,58	51	€ 31,17	56	€ 39,75		
7	8,80	52	€ 31,90	57	€ 40,42		
8	9,03	53	€ 32,62	58	€ 41,11		
9	9,25	54	€ 33,38	59	€ 41,80		
10	9,49	55	€ 34,14	60	€ 42,53		
11	9,75	56	€ 34,92	61	€ 43,25		
12	10,00	57	€ 35,73	62	€ 44,00		
13	10,26	58	€ 36,54	63	€ 44,74		
14	10,52	59	€ 37,38	64	€ 45,51		
15	10,79	60	€ 38,25	65	€ 46,27		
16	11,08	61	€ 39,12	66	€ 47,07		
17	11,36	62	€ 40,03	67	€ 47,88		
18	11,65	63	€ 40,94	68	€ 48,69		
19	11,95	64	€ 41,88	69	€ 49,53		
20	12,27	65	€ 42,84	+ 70 jaar	€ 50,51		
21	12,59	66	€ 43,82				
22	12,92	67	€ 44,82				
23	13,25	68	€ 45,85				
24	13,60	69	€ 46,91				
25	13,96	+ 70 jaar	€ 48,12				
26	14,32						
27	14,69						
28	15,08						
29	15,46						
30	15,86						
31	16,28						
32	16,71						
33	17,14						
34	17,58						
35	18,05						
36	18,51						
37	19,00						
38	19,51						
39	20,01						
40	20,54						
41	21,08						
42	21,63						
43	22,21						
44	22,79						
45	23,39						
46	24,00						
47	24,64						
48	25,27						
49	25,94						
50	26,62						
51	27,33						
52	28,04						
53	28,78						
54	29,54						
55	30,32						
56	31,11						
57	31,93						
58	32,77						
59	33,62						
60	34,51						
61	35,42						
62	36,36						
63	37,32						
64	38,30						
65	39,31						
66	40,34						
67	41,41						
68	42,50						
69	43,62						
+ 70 jaar	45,83						

In uitzondering op bovenstaande tabel betalen de verzekerden die op het ogenblik van de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige verzekering, een premie gebaseerd op de aansluitingsleeftijd bij de vorige verzekering.

Artikel 7 : Indexering, tariefwijziging en aanpassing van de dekkingsvoorwaarden

§ 1. De premies, de vrijstellingen en de indexeerbare prestaties kunnen vanaf 01.01.2022 tot 31.12.2022 op de jaarlijkse vervalddag van het verzekeringscontract:

- geïndexeerd worden overeenkomstig het indexcijfer der consumptieprijzen; de aanpassing aan de index gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand september 2020 en deze van de maand juli 2021; of
- aangepast worden aan de globale medische index verbonden aan het waarborgtype ambulante zorgen die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

De premies, de vrijstellingen en de indexeerbare prestaties kunnen op de jaarlijkse vervalddag vanaf 01.01.2023 van het verzekeringscontract:

- geïndexeerd worden overeenkomstig het indexcijfer der consumptieprijzen; de aanpassing aan de index gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand juli van het jaar vóór de indexatie en deze van de maand juli van het tweede jaar vóór de indexatie; of
- aangepast worden aan de globale medische index verbonden aan het waarborgtype ambulante zorgen die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

§ 2. Daarnaast kunnen de premie en de dekkingsvoorwaarden aangepast worden conform de bepalingen van artikel 204 van de wet van 04 april 2014 betreffende de verzekeringen en in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en toezicht op de verzekerings- en herverzekeringsondernemingen en na goedkeuring door de Controledienst voor de ziekenfondsen.

Het verzekeringscontract kan door de verzekeringnemer worden beëindigd, zoals omschreven in artikel 4.3.9 van deze Voorwaarden.

Artikel 8 : Wachtijd

Het recht op tegemoetkoming voor de verzekerde gaat in na het doorlopen van een wachtijd.

De wachtijd bedraagt 6 maanden voor de volgende waarborgen:

- Oogzorg;
- Psychologie;
- Remgelden;
- Geneesmiddelen

De wachtijd bedraagt 12 maanden voor de volgende waarborgen:

- Hoorapparaten;
- Geboorteforfait;
- Palliatieve zorg;
- Chronische ziekte

Deze wachtijd is niet van toepassing voor pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 3 jaar op voorwaarde dat de verzekeringnemer al minimum 6 maanden gedekt is door het verzekeringscontract of door een gelijkaardige verzekering.

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige verzekering, wordt de wachtijd verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering. Het bewijs van dekking wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsmaatschappij.

Artikel 9 : Tegemoetkoming

9.1 Remgelden

De verzekeraar dekt 75 % van de wettelijke remgelden voor onderstaande ambulante raadplegingen en technische verstrekkingen:

- Raadplegingen, bezoeken, adviezen en technische verstrekkingen van alle algemene geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2;
- Technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3;
- Kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7;
- Verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8;
- Vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9;
- Speciale verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 11;
- Medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter, 17quater;
- Radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 18;
- Inwendige geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20;
- Dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21;
- Fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22.;
- De klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 24 en 24 bis;
- Toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26;
- Bandagisterie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 27;
- Orthopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 29;
- De anatomopathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32;
- De genetiek: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 33 en 33bis;
- De interventionele verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 34;
- Logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36;

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

De terugbetaling gebeurt op basis van de getuigschriften voor verstrekte hulp die worden ingediend bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen in het kader van de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

9.2 Geneesmiddelen

Wij verwijzen naar de definitie opgenomen in artikel 1 van deze Algemene Voorwaarden.

De verzekeraar dekt 75% van de wettelijke remgelden voor geneesmiddelen dewelke door een erkende arts worden voorgeschreven en waarvoor een wettelijke tegemoetkoming is voorzien. De terugbetaling wordt berekend op basis van de door de verzekerde werkelijk betaalde prijs.

De terugbetaling gebeurt op basis van de onkostennota (bij voorkeur een maandelijks lijst) van de apotheek met de vermelding van de naam van de arts die de geneesmiddelen voorgeschreven heeft, de datum van voorschrift, de identiteit van de verzekerde en de naam van elk geneesmiddel en zijn kostprijs.

9.3 Oogzorg

De navolgende waarborgen zijn onderling cumuleerbaar.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald op basis van een factuur waarop de dioptrie vermeld staat.

9.3.1 Brillen en lenzen

De verzekeraar voorziet in een tegemoetkoming van 75% met een maximum van € 272,22 per verzekerde per drie verzekeringsjaren voor de aankoop van corrigerende glazen en contactlenzen.

Voor wat betreft de corrigerende glazen geldt dat ingeval de dioptrie met 0,5 afwijkt ten opzichte van het voorgaande verzekeringsjaar, de verzekeraar alsnog in een tegemoetkoming van 75% met een maximum € 272,22 voorziet.

Zonnebrillen - zowel het montuur als de glazen - alsook brilmonturen worden uitgesloten van deze waarborg.

9.3.2 Ooglaserbehandeling en implantlenzen

De verzekeraar voorziet in een tegemoetkoming van 75% met een maximum van € 544,44 per verzekerde per drie verzekeringsjaren voor de ooglaserbehandeling en de implantlenzen voor zover deze op ambulante wijze heelkundig worden uitgevoerd.

9.4 Hoorapparaten

De verzekeraar voorziet in een tegemoetkoming van 75% met een maximum van € 816,68 voor de aankoop van een hoorapparaat voor zover de verzekerde eveneens een wettelijke tegemoetkoming ontvangt van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering. Het hoorapparaat dient voorgeschreven te worden door een erkende audioloog.

Batterijen en andere toebehoren worden uitgesloten van deze waarborg.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald op basis van een factuur, opgemaakt door een audioloog.

9.5 Psychologie

De verzekeraar voorziet in een tegemoetkoming van 75% met een maximum van € 272,22 per verzekeringsjaar en per verzekerde voor de raadplegingen bij een erkende psycholoog. Wij verwijzen hiervoor naar de definitie opgenomen in artikel 1 van deze Voorwaarden.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald op basis van een aanvraagformulier tot tegemoetkoming of een factuur opgemaakt door de psycholoog.

9.6 Geboorteforfait

De verzekeraar voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming van € 272,22 in de kosten van een bevalling van de verzekerde.

Deze forfaitaire tegemoetkoming wordt eenmaal toegekend per kind dat bij de bevalling geboren wordt.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald binnen een redelijke termijn na inschrijving van het kind bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds of op aanvraag van de verzekeringnemer waarbij een kopie van het geboortecertificaat als bewijslast geldt.

9.7 Palliatieve zorg

De verzekeraar voorziet in een jaarlijkse forfaitaire tegemoetkoming van € 707,79 voor palliatieve thuispatiënten. Wij verwijzen hiervoor naar de definitie opgenomen in artikel 1 van deze Algemene Voorwaarden.

De forfaitaire tegemoetkoming wordt uitbetaald binnen een redelijke termijn nadat de verzekerde het statuut van palliatieve thuispatiënt gekregen heeft.

Deze waarborg is niet cumuleerbaar met de waarborg opgenomen in artikel 9.8.1 van deze Algemene Voorwaarden.

9.8 Chronisch zieke

9.8.1 Forfait

De verzekeraar voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming van € 163,33 voor verzekerden met een chronische ziekte.

De forfaitaire tegemoetkoming wordt in het eerste trimester van het verzekeringsjaar uitbetaald op rekening van de verzekerde. Indien de verzekerde het statuut van chronisch zieke later in het jaar krijgt, zal de tegemoetkoming worden uitbetaald binnen een redelijke termijn na de toekenning van het statuut.

Deze waarborg is niet cumuleerbaar met de forfaitaire tegemoetkoming zoals gedefinieerd in artikel 9.7 van deze Algemene Voorwaarden.

9.8.2 Zorg

De waarborg zorg omvat een tegemoetkoming voor gezinszorg en zorg op afstand. Wij verwijzen hiervoor naar de definitie opgenomen in artikel 1 van deze Algemene Voorwaarden.

De tegemoetkoming voor de waarborg zorg is per verzekeringsjaar beperkt tot € 707,79.

Voor gezinszorg voorziet de verzekeraar in een tegemoetkoming van 100% voor de kosten die een verzekerde met een chronische ziekte maakt voor gezinszorg.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald op basis van de facturen dewelke door de erkende dienst voor gezinszorg worden verstrekt aan de verzekerde.

De verzekeraar voorziet tevens in een tegemoetkoming van 100% met een maximum van € 10,87 per maand voor verzekerden met een chronische ziekte dewelke gebruik maken van de zorg op afstand.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald op basis van de facturen dewelke door de diensten die deze zorg op afstand aanbieden, worden verstrekt aan de verzekerde.

Artikel 10 : Verzekeringsgrenzen

De tegemoetkoming is per verzekerde en per verzekeringsjaar beperkt tot € 1.633,36.

Artikel 11 : Uitsluitingen

De hierna vermelde kosten worden niet vergoed door de verzekeraar.

- 11.1 Kosten ten gevolge van oorlogsfeiten.
- 11.2 Kosten ten gevolge van een opzettelijke daad of vrijwillige verminking van de verzekerde, of kosten ten gevolge van de vrijwillige verzwaring van het risico door de verzekerde, behalve in geval van redding van personen of wettelijke zelfverdediging.
- 11.3 Kosten ten gevolge van burgerlijke onlusten of oproer, tenzij de verzekerde aantoonbaar dat hij/zij:
 - er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - is opgetreden met het oog op redding van personen.
- 11.4 Kosten ten gevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks voortspruiten uit ioniserende stralingen. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten ingevolge een medische behandeling worden wel vergoed door de verzekeraar.
- 11.5 Kosten die voortvloeien uit behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is.
- 11.6 Kosten ten gevolge van behandelingen en behandelingsproducten die niet voldoende klinisch beproefd zijn en officieel en wetenschappelijk niet erkend zijn.
- 11.7 Kosten die zich voordeden vóór de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel 12 : Territoriale geldigheid

Het verzekeringscontract is geldig voor de prestaties die in België voorgeschreven zijn en in België verstrekt worden.

Artikel 13 : Aanvraag terugbetaling kosten

13.1 De waarborgen opgenomen in de artikelen 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.8.2 en 9.8.3

Voor de waarborgen opgenomen in de artikelen 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.8.2 en 9.8.3 geldt een uitbetaling op basis van de werkelijke kosten die een verzekerde heeft gemaakt.

De tegemoetkoming wordt door de verzekeraar terugbetaald, na voorlegging van de nodige bewijsstukken door de verzekerde. De bewijsstukken die recht kunnen geven op terugbetaling moeten uiterlijk 3 jaar na de opmaak ervan bij de verzekeraar worden ingediend.

Na deze termijn worden, behalve in geval van overmacht, de bewijsstukken niet meer in aanmerking genomen en wordt voor de bewuste kosten geen enkele tegemoetkoming meer uitbetaald.

De terugbetaling van bovenvermelde waarborgen, wordt toegekend op basis van hetzij een ingevuld getuigschrift voor verstrekte hulp of een bewijsstuk afgeleverd in het kader van de verplichte verzekering, hetzij een factuur.

De verzekeraar kan, indien zij dit nodig acht, bijkomende bewijsstukken eisen.

In geval van overlijden van de verzekerde zal de door de verzekeraar verschuldigde tegemoetkoming gestort worden op rekening van de notaris, aangeduid voor de vereffening van de erfenis. Wanneer de kosten al betaald werden, kan de tegemoetkoming ook onmiddellijk uitgekeerd worden op rekening van één van de wettelijke erfgenamen en dit na voorlegging van de akte van erfopvolging en een gelegaliseerde volmacht van alle wettelijke erfgenamen.

13.2 De waarborgen opgenomen in de artikelen 9.6, 9.7 en 9.8.1

Voor de waarborgen opgenomen in de artikelen 9.6, 9.7 en 9.8.1 geldt een jaarlijkse forfaitaire uitbetaling zonder dat de verzekerde een bewijs moet leveren van de werkelijk gemaakte kosten.

Artikel 14 : Terugbetalingsmodaliteiten

Volgende tegemoetkomingen worden in mindering gebracht van de tegemoetkomingen waarop de verzekerde volgens dit verzekeringscontract recht heeft:

- De tegemoetkomingen die de verzekerde al heeft ontvangen van een andere gelijkaardige verzekering.
- De tegemoetkomingen voorzien in de volgende Belgische wetgeving:
 - de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
 - de wet op de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971);
 - de wet op de beroepsziekten (wet van 03 juni 1970);
 - de wet betreffende de maximumfactuur (wet van 05 juni 2002)

Volgende tegemoetkomingen worden niet in mindering gebracht van de tegemoetkomingen waarop de verzekerde volgens dit verzekeringscontract recht heeft:

De forfaitaire tegemoetkomingen die worden uitgekeerd in het kader van andere kostendekkende verzekeringen van de verzekeraar;

De tegemoetkomingen afkomstig van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen overeenkomstig artikel 3, eerste lid b) of c), van de wet van 06 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Artikel 15 : Minnelijke Medische Expertise

Een meningsverschil nopens een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de verzekeraar en de verzekerde, beslecht worden door een Minnelijke Medische Expertise (MME). De verzekeraar en de verzekerde duiden elk een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gereede partij.

De Minnelijke Medische Expertise verloopt rekening houdende met de bepalingen van het verzekeringscontract.

Elke partij betaalt de honoraria en kosten van zijn arts. De honoraria en kosten van de derde arts alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld.

Artikel 16 : Onterechte betalingen

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om onterechte betalingen terug te vorderen van de verzekeringnemer.

Artikel 17 : Subrogatie

De verzekeraar treedt ten belope van het bedrag van alle tegemoetkomingen die zij verleent, in de rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde tegen de aansprakelijke derden. Bijgevolg mag de verzekerde geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de verzekeraar.

Indien door toedoen van de verzekerde de subrogatie geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde vergoedingen in de mate van het geleden nadeel.

Artikel 18 : Sancties

In geval van bedrog of poging tot bedrog van de verzekerde met het oog op het bekomen van een niet verschuldigde tegemoetkoming, en onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, is de verzekeraar tot geen enkele prestatie gehouden.

Artikel 19 : Klachten

Indien de verzekeringnemer of de verzekerde een klacht heeft betreffende dit verzekeringscontract of de uitvoering ervan, kan hij die per brief overmaken aan de verzekeraar of via mail: Klachten.VMOBSOHO@socmut.be. Indien de klacht specifiek betrekking heeft op de privacy van de verzekeringnemer of de verzekerde kan de klacht worden overgemaakt aan de verzekeraar of via mail: privacy300@socmut.be.

Indien de oplossing die de verzekeraar voorstelt geen voldoening schenkt, kan het geschil voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te B-1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

Een klacht indienen, ontnemt de verzekeringnemer of de verzekerde niet de mogelijkheid een gerechtelijke procedure in te leiden bij de bevoegde Belgische rechtbanken.

Artikel 20 : Gegevensverwerking

De uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst vereist de inzameling en verwerking van persoonsgegevens.

De verzekeraar is verantwoordelijk voor de verwerking van persoons- en medische gegevens van verzekeringnemers en/of verzekerden, en heeft de doeleinden en de rechtsgronden van de verwerking vastgelegd in haar privacyverklaring. Hierin kan ook teruggevonden worden wat uw rechten zijn en hoe u deze kan uitoefenen. De privacyverklaring is terug te vinden op de website van de verzekeraar www.socmut.be of kan opgevraagd worden in de kantoren van de verzekeringsagent. Deze privacyverklaring kan van tijd tot tijd aangepast worden.

De verzekerde verbindt de VMOB SOHO te allen tijde op de hoogte te brengen van elke wijziging met betrekking tot zijn gebruikelijke e-mail adres, identificatie- en adresgegevens teneinde VMOB SOHO toe te laten een correcte dienstverlening te garanderen

De verzekeraar behandelt de gegevens strikt vertrouwelijk en en steeds in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de verwerking van persoonsgegevens en de algemene verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Bijkomende informatie of klachten over de verwerking van de gegevens kan verkregen worden bij de DPO per post, Sint-Jansstraat 32-38, 1000 Brussel, of per mail privacy300@socmut.be. De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Gegevensbeschermingsautoriteit, Persstraat 35, 1000 Brussel, www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Artikel 21 : Algemene bepalingen

De verzekeraar kiest als woonplaats haar maatschappelijke zetel. De woonplaats van de verzekeringnemer en de verzekerde worden rechtens gekozen op het laatste adres door de verzekeraar gekend.

De verzekeringnemer verbindt zich ertoe, zo hij/zij van woonplaats verandert, de verzekeraar schriftelijk te verwittigen, zo niet is elke kennisgeving geldig gedaan op de door de verzekeraar laatst gekende woonplaats.

Iedere aangetekende brief door de verzekeraar verzonden, geldt als voldoende ingebrekestelling. Het ontvangstbewijs van de post bewijst de verzending. De dossiers of documenten van de verzekeraar bewijzen de inhoud van de brief voor zover deze door de verzekeringnemer niet wordt voorgelegd.

Informatie over de kosten en lasten met betrekking tot de premie 2021

Maandpremie 2021 voor personen die zich verzekeren voor zij 45 jaar worden					
Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
0 - 3 jaar	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4 jaar	7,41 €	0,74 €	8,15 €	0,20 €	0,32 €
5 jaar	7,61 €	0,76 €	8,37 €	0,21 €	0,32 €
6 jaar	7,80 €	0,78 €	8,58 €	0,21 €	0,33 €
7 jaar	8,00 €	0,80 €	8,80 €	0,22 €	0,34 €
8 jaar	8,21 €	0,82 €	9,03 €	0,22 €	0,35 €
9 jaar	8,41 €	0,84 €	9,25 €	0,23 €	0,36 €
10 jaar	8,63 €	0,86 €	9,49 €	0,24 €	0,37 €
11 jaar	8,86 €	0,88 €	9,75 €	0,24 €	0,38 €
12 jaar	9,09 €	0,90 €	10,00 €	0,25 €	0,39 €
13 jaar	9,33 €	0,93 €	10,26 €	0,25 €	0,40 €
14 jaar	9,56 €	0,95 €	10,52 €	0,26 €	0,41 €
15 jaar	9,81 €	0,98 €	10,79 €	0,27 €	0,42 €
16 jaar	10,07 €	1,00 €	11,08 €	0,27 €	0,43 €
17 jaar	10,33 €	1,03 €	11,36 €	0,28 €	0,44 €
18 jaar	10,59 €	1,05 €	11,65 €	0,29 €	0,45 €
19 jaar	10,86 €	1,08 €	11,95 €	0,30 €	0,46 €
20 jaar	11,15 €	1,11 €	12,27 €	0,30 €	0,48 €
21 jaar	11,45 €	1,14 €	12,59 €	0,31 €	0,49 €
22 jaar	11,75 €	1,17 €	12,92 €	0,32 €	0,50 €
23 jaar	12,05 €	1,20 €	13,25 €	0,33 €	0,51 €
24 jaar	12,36 €	1,23 €	13,60 €	0,34 €	0,53 €
25 jaar	12,69 €	1,26 €	13,96 €	0,35 €	0,54 €
26 jaar	13,02 €	1,30 €	14,32 €	0,36 €	0,56 €
27 jaar	13,35 €	1,33 €	14,69 €	0,36 €	0,57 €
28 jaar	13,71 €	1,37 €	15,08 €	0,37 €	0,59 €
29 jaar	14,05 €	1,40 €	15,46 €	0,38 €	0,60 €
30 jaar	14,42 €	1,44 €	15,86 €	0,39 €	0,62 €
31 jaar	14,80 €	1,48 €	16,28 €	0,40 €	0,63 €
32 jaar	15,19 €	1,51 €	16,71 €	0,41 €	0,65 €
33 jaar	15,58 €	1,55 €	17,14 €	0,43 €	0,67 €
34 jaar	15,98 €	1,59 €	17,58 €	0,44 €	0,68 €
35 jaar	16,41 €	1,64 €	18,05 €	0,45 €	0,70 €
36 jaar	16,83 €	1,68 €	18,51 €	0,46 €	0,72 €
37 jaar	17,27 €	1,72 €	19,00 €	0,47 €	0,74 €
38 jaar	17,74 €	1,77 €	19,51 €	0,48 €	0,76 €
39 jaar	18,19 €	1,81 €	20,01 €	0,50 €	0,78 €
40 jaar	18,67 €	1,86 €	20,54 €	0,51 €	0,80 €
41 jaar	19,16 €	1,91 €	21,08 €	0,52 €	0,82 €
42 jaar	19,66 €	1,96 €	21,63 €	0,54 €	0,84 €
43 jaar	20,19 €	2,01 €	22,21 €	0,55 €	0,86 €
44 jaar	20,72 €	2,07 €	22,79 €	0,57 €	0,88 €
45 jaar	21,26 €	2,12 €	23,39 €	0,58 €	0,91 €
46 jaar	21,82 €	2,18 €	24,00 €	0,60 €	0,93 €
47 jaar	22,40 €	2,24 €	24,64 €	0,61 €	0,96 €
48 jaar	22,97 €	2,29 €	25,27 €	0,63 €	0,98 €
49 jaar	23,58 €	2,35 €	25,94 €	0,64 €	1,01 €
50 jaar	24,20 €	2,42 €	26,62 €	0,66 €	1,03 €
51 jaar	24,85 €	2,48 €	27,33 €	0,68 €	1,06 €
52 jaar	25,49 €	2,54 €	28,04 €	0,70 €	1,09 €
53 jaar	26,16 €	2,61 €	28,78 €	0,71 €	1,12 €
54 jaar	26,85 €	2,68 €	29,54 €	0,73 €	1,15 €
55 jaar	27,56 €	2,75 €	30,32 €	0,75 €	1,18 €
56 jaar	28,28 €	2,82 €	31,11 €	0,77 €	1,21 €
57 jaar	29,03 €	2,90 €	31,93 €	0,79 €	1,24 €
58 jaar	29,79 €	2,97 €	32,77 €	0,81 €	1,27 €
59 jaar	30,56 €	3,05 €	33,62 €	0,83 €	1,30 €
60 jaar	31,37 €	3,13 €	34,51 €	0,86 €	1,34 €
61 jaar	32,20 €	3,22 €	35,42 €	0,88 €	1,37 €
62 jaar	33,05 €	3,30 €	36,36 €	0,90 €	1,41 €
63 jaar	33,93 €	3,39 €	37,32 €	0,93 €	1,45 €
64 jaar	34,82 €	3,48 €	38,30 €	0,95 €	1,49 €
65 jaar	35,74 €	3,57 €	39,31 €	0,98 €	1,53 €
66 jaar	36,67 €	3,66 €	40,34 €	1,00 €	1,57 €
67 jaar	37,65 €	3,76 €	41,41 €	1,03 €	1,61 €
68 jaar	38,64 €	3,86 €	42,50 €	1,05 €	1,65 €
69 jaar	39,65 €	3,96 €	43,62 €	1,08 €	1,69 €
>= 70 jaar	41,66 €	4,16 €	45,83 €	1,14 €	1,78 €

Maandpremie 2021 voor personen die zich verzekeren voor zij 50 jaar worden

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
45 jaar	24,74 €	2,47 €	27,21 €	0,68 €	1,06 €
46 jaar	25,30 €	2,53 €	27,83 €	0,69 €	1,08 €
47 jaar	25,88 €	2,58 €	28,47 €	0,71 €	1,11 €
48 jaar	26,48 €	2,64 €	29,13 €	0,72 €	1,13 €
49 jaar	27,08 €	2,70 €	29,79 €	0,74 €	1,16 €
50 jaar	27,71 €	2,77 €	30,48 €	0,76 €	1,18 €
51 jaar	28,34 €	2,83 €	31,17 €	0,77 €	1,21 €
52 jaar	29,00 €	2,90 €	31,90 €	0,79 €	1,24 €
53 jaar	29,65 €	2,96 €	32,62 €	0,81 €	1,27 €
54 jaar	30,35 €	3,03 €	33,38 €	0,83 €	1,30 €
55 jaar	31,04 €	3,10 €	34,14 €	0,85 €	1,33 €
56 jaar	31,75 €	3,17 €	34,92 €	0,87 €	1,36 €
57 jaar	32,48 €	3,24 €	35,73 €	0,89 €	1,39 €
58 jaar	33,22 €	3,32 €	36,54 €	0,91 €	1,42 €
59 jaar	33,98 €	3,39 €	37,38 €	0,93 €	1,45 €
60 jaar	34,77 €	3,47 €	38,25 €	0,95 €	1,48 €
61 jaar	35,56 €	3,55 €	39,12 €	0,97 €	1,52 €
62 jaar	36,39 €	3,63 €	40,03 €	0,99 €	1,55 €
63 jaar	37,22 €	3,72 €	40,94 €	1,02 €	1,59 €
64 jaar	38,07 €	3,80 €	41,88 €	1,04 €	1,63 €
65 jaar	38,95 €	3,89 €	42,84 €	1,06 €	1,66 €
66 jaar	39,84 €	3,98 €	43,82 €	1,09 €	1,70 €
67 jaar	40,75 €	4,07 €	44,82 €	1,11 €	1,74 €
68 jaar	41,68 €	4,16 €	45,85 €	1,14 €	1,78 €
69 jaar	42,65 €	4,26 €	46,91 €	1,16 €	1,82 €
>= 70 jaar	43,75 €	4,37 €	48,12 €	1,19 €	1,87 €

Maandpremie 2021 voor personen die zich verzekeren voor zij 70 jaar worden

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
50 jaar	32,66 €	3,26 €	35,93 €	0,89 €	1,39 €
51 jaar	33,21 €	3,32 €	36,53 €	0,91 €	1,42 €
52 jaar	33,78 €	3,37 €	37,16 €	0,92 €	1,44 €
53 jaar	34,35 €	3,43 €	37,78 €	0,94 €	1,47 €
54 jaar	34,94 €	3,49 €	38,43 €	0,95 €	1,49 €
55 jaar	35,53 €	3,55 €	39,08 €	0,97 €	1,52 €
56 jaar	36,14 €	3,61 €	39,75 €	0,99 €	1,54 €
57 jaar	36,75 €	3,67 €	40,42 €	1,00 €	1,57 €
58 jaar	37,37 €	3,73 €	41,11 €	1,02 €	1,60 €
59 jaar	38,00 €	3,80 €	41,80 €	1,04 €	1,62 €
60 jaar	38,66 €	3,86 €	42,53 €	1,06 €	1,65 €
61 jaar	39,32 €	3,93 €	43,25 €	1,07 €	1,68 €
62 jaar	40,00 €	4,00 €	44,00 €	1,09 €	1,71 €
63 jaar	40,67 €	4,06 €	44,74 €	1,11 €	1,74 €
64 jaar	41,37 €	4,13 €	45,51 €	1,13 €	1,77 €
65 jaar	42,06 €	4,20 €	46,27 €	1,15 €	1,80 €
66 jaar	42,79 €	4,27 €	47,07 €	1,17 €	1,83 €
67 jaar	43,53 €	4,35 €	47,88 €	1,19 €	1,86 €
68 jaar	44,26 €	4,42 €	48,69 €	1,21 €	1,89 €
69 jaar	45,03 €	4,50 €	49,53 €	1,23 €	1,92 €
>= 70 jaar	45,92 €	4,59 €	50,51 €	1,25 €	1,96 €

Maandpremie 2021 voor personen die zich verzekeren vanaf 70 jaar

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
>= 70 jaar	48,24 €	4,82 €	53,06 €	1,32 €	2,06 €

Merk op dat als u verschillende verzekeringsovereenkomsten gaat vergelijken, u niet enkel de geraamde kosten en lasten van de overeenkomsten met elkaar mag vergelijken, maar ook andere elementen in aanmerking moet nemen, zoals de reikwijdte van de waarborgen, het bedrag van eventuele franchises of de uitsluitingsclausules.

De hierboven opgegeven ramingen geven een beter zicht op het premiegedeelte dat wordt aangewend voor de dekking van het risico dat de verzekeringsovereenkomst afdekt. Het saldo van de premie, na aftrek van de taksen en bijdragen alsook van de acquisitie- en administratiekosten, bestaat immers uit het gedeelte van de premie dat wordt aangewend om de contractueel vastgelegde prestaties te verrichten en uit de andere kosten dan hierboven vermeld (waaronder de samengevoegde en onderling gedeelde kosten van de schadegevallen en het beheer ervan).

Deze ramingen zijn berekend op grond van de boekhoudkundige gegevens van het laatste boekjaar van de verzekeringsonderneming, als goedgekeurd door haar algemene vergadering.