

CIGNA EXPATPLUS ALGEMENE VOORWAARDEN

2017



Hoofdstuk I: Algemene polisvoorwaarden.....	5
1. Voorrang van de voorwaarden, compliance en doel van de verzekering	5
2. Definities, in alfabetische volgorde	6
3. Toelatingscriteria voor de verzekering.....	10
4. Ingangsdatum van de dekking.....	13
5. Verzakingsrecht.....	13
6. Looptijd en annulering van de polis	14
7. Opzegging van dekking	14
8. Premie en premieverhoging	15
9. Terugkeer naar het Thuisland	16
10. Valuta.....	16
11. Algemene uitsluitingen	16
12. Oorlog en terrorisme	17
13. Gegevensbescherming	18
14. Subrogatie.....	18
15. Exceptie	18
16. Klachtenprocedure	18
17. Toepasselijk recht	19
Hoofdstuk II: Vergoedingen en voorwaarden van de verschillende dekkingstypes	20
BASISVERZEKERING	20
1. Internationale Medische Verzekering	20
2. Medische Evacuatie en Bijstand.....	31
AANVULLENDE VERZEKERINGEN	37
3. Tandverzorging.....	37
4. Levensverzekering	38
5. Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval.....	39
6. Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid.....	45
7. Blijvende Arbeidsongeschiktheid.....	48

BELANGRIJKE INFORMATIE

De Algemene Polisvoorwaarden zoals uiteengezet in Hoofdstuk I zijn slechts geldig voor zover ze niet tegenstrijdig zijn of in conflict met de voorwaarden van de verschillende dekkingstypes zoals uiteengezet in Hoofdstuk II. In geval van tegenstrijdigheid of conflict heeft de laatstgenoemde voorrang op de eerste. Bovendien hebben de Bijzondere Voorwaarden altijd voorrang op de Algemene Voorwaarden van Cigna expatplus.

Indien de Polishouder van ons een vertaling van de Engelse versie van de Algemene Voorwaarden heeft ontvangen, stemt hij/zij ermee in dat deze vertaling slechts voor zijn/haar gemak is bedoeld en dat zijn/haar relatie met Cigna beheerst zal worden door de Engelse versie van de Algemene Voorwaarden.

In het geval van een discrepantie tussen de Engelse versie van de Algemene Voorwaarden en de vertaling, zal de Engelse versie doorslaggevend zijn.

1. Verzakingsrecht

Als de Polishouder om welke reden dan ook niet tevreden is met deze overeenkomst, kan hij/zij deze binnen veertien (14) kalenderdagen naar de Beheerder terugsturen. Het verzakingsrecht zal ingaan op de dag waarop de op afstand gesloten overeenkomst wordt gesloten of op de dag waarop de Polishouder de contractuele voorwaarden ontvangt (indien dat op een latere datum gebeurt). De Verzekeraar zal de polis annuleren en zal alle betaalde premies aan de Polishouder terugstorten, op voorwaarde dat er nog geen claims voor medische kosten zijn ingediend.

2. Adreswijziging

De Polishouder dient de Beheerder onmiddellijk te informeren over elke adreswijziging (inclusief een wijziging van e-mailadres), zodat de Beheerder de Polishouder op de hoogte kan houden van belangrijke informatie en claims vlot kan behandelen.

3. Algemene informatie

De Verzekeraar

Cigna Life Insurance Company of Europe SA/NV (hierna 'Cigna')
Kortenberglaan 52, 1000 Brussel
BELGIE
RPR 0421.437.284
FSMA licentie voor ongeval, ziekte en leven

Cigna Europe Insurance Company SA/NV
Kortenberglaan 52, 1000 Brussel
BELGIE
RPR 0474.624.562
FSMA licentie voor financieel verlies van diverse aard

De Bijstandverlener (hierna de 'BV')

Healix Group of Companies
Healix House
Esher Green
Esher
Surrey
KT10 8AB Verenigd Koninkrijk

De Beheerder

Cigna International Health Services BVBA
Plantin en Moretuslei 299 of PB 69 2140 Antwerpen
BELGIE
RPR 0414.783.183
FSMA 13799 A-R

De toezichhoudende autoriteit

FSMA (Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten)
Congresstraat 12-14
1000 Brussel, België
www.fsma.be

4. Contactgegevens

Indien de Polishouder vragen heeft over zijn/haar polis, kan hij/zij contact opnemen met de Beheerder op:

Cigna expatplus

P.O. Box 69
2140 Antwerpen, België
Tel.: + 32 3 217 65 29
Fax + 32 3 663 73 14
info@expatplus.com
www.expatplus.com

Voor vragen of klachten over aangelegenheden m.b.t. de Internationale Medische Verzekering kan de Polishouder op volgend adres 24/7 terecht op ons Contact Center:

Cigna expatplus

PB 69
2140 Antwerpen, België
Tel.: + 32 3 217 69 72
Fax + 32 3 235 83 51
claims@expatplus.com

5. Ombudsman – niet-juridische procedure

In geval van onenigheid met de Verzekeraar of de Beheerder zal de Ombudsman proberen te komen tot minnelijke schikking.

Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35
1000 Brussel, België
Fax + 32 2 547 59 75
info@ombudsman.as

Hoofdstuk I: Algemene polisvoorwaarden

1. Voorrang van de voorwaarden, compliance en doel van de verzekering

1.1. Voorrang van de voorwaarden

De Algemene polisvoorwaarden zoals uiteengezet in Hoofdstuk I zijn slechts geldig voor zover ze niet tegenstrijdig zijn of in conflict met de voorwaarden die eigen zijn aan de verschillende dekkingstypes zoals uiteengezet in Hoofdstuk II. In geval van tegenstrijdigheid of conflict heeft de laatstgenoemde voorrang op de eerste.

Wat betreft Medische Evacuatie en Bijstand, hebben de voorwaarden van Hoofdstuk II voorrang op de Algemene polisvoorwaarden van Hoofdstuk I.

Bovendien hebben de Bijzondere Voorwaarden altijd voorrang op de Algemene Voorwaarden van Cigna expatplus.

1.2. Compliance

De producten en diensten van de Verzekeraar zijn mogelijk niet in alle jurisdicties beschikbaar en zijn uitdrukkelijk van deze polis uitgesloten waar zij verboden zijn door de geldende wetgeving, met inbegrip van maar niet beperkt tot, anti-corruptiewetten en economische sanctieprogramma's. Een dergelijke dekking zal nietig zijn. De Cigna expatplus polis is geen alternatief voor deelname aan een door de overheid beheerde of lokale ziektekostenverzekering of voor naleving van enige andere wettelijke voorschriften van welk land dan ook. De Cigna expatplus Verzekerde mag zijn bijdragen aan een door de overheid beheerde ziektekostenverzekering niet stopzetten, tenzij hij/zij informatie heeft gekregen over de risico's hiervan.

De Verzekeraar en de Polishouder komen overeen dat er, behalve zoals uitdrukkelijk vermeld in deze Algemene Voorwaarden en/of Speciale Voorwaarden van de Verzekeringopolis, niets van waarde werd aangeboden of verstrekt door een van hen of door iemand die namens een van hen optrad, met betrekking tot deze Verzekeringopolis.

1.3. Doel van de verzekering

Het verzekeringspakket Cigna expatplus bestaat uit verschillende waarborgen met als doel sociale bescherming te bieden aan expats.

BASISVERZEKERING

1. Internationale Medische Verzekering

De Internationale Medische Verzekering betaalt tot de limieten die in deze polis worden vermeld, de redelijke en gebruikelijke kosten terug voor ambulante medische verzorging en ziekenhuisopname, op voorwaarde dat deze kosten het gevolg zijn van ziekte, ongeval of zwangerschap

2. Medische Evacuatie en Bijstand

Medische Evacuatie en Bijstand maken deel uit van het basispakket.

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Personen die verzekerd zijn onder de Basisverzekering kunnen ook de volgende Aanvullende Verzekeringen afsluiten:

3. Tandverzorging

Deze verzekering kan worden afgesloten door de Verzekerden die aanvaard zijn onder de Basisverzekering.

4. Levensverzekering

Deze verzekering kan worden afgesloten als Aanvullende Verzekering bij de Basisverzekering en garandeert de uitbetaling van een forfaitair bedrag in geval van overlijden door welke oorzaak dan ook.

5. Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval

Deze verzekering kan worden afgesloten als aanvulling op de Basisverzekering en voorziet de betaling van een forfaitaire som bij overlijden als gevolg van een ongeval of bij blijvende Arbeidsongeschiktheid als gevolg van een Ongeval.

6. Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid

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

7. Blijvende Arbeidsongeschiktheid

Deze verzekering kan enkel worden afgesloten als aanvulling op de dekking voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid en waarborgt een maandelijkse uitkering aan de Verzekerde wanneer deze als gevolg van ziekte of een ongeval geheel of gedeeltelijk blijvend arbeidsongeschikt is, waardoor hij/zij volledig of gedeeltelijk inkomensverlies lijdt.

2. Definities, in alfabetische volgorde

‘Alternatieve medische zorgverlener’

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

‘Ambulante behandeling’

Medische behandeling die geen overnachting in het ziekenhuis vereist.

‘Ambulante chirurgie’

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

‘Arts’

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

‘Beheerder’

De Planbeheerder en schadebeheerder.

Cigna International Health Services BVBA, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, België of P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, België, hierna ‘de Beheerder’ genoemd.

‘Bijstandverlener’ (BV)

Verlener van diensten voor Medische Evacuatie en Bijstand.

‘Bijzondere Voorwaarden’

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

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

‘Chirurgie’

Elk van de volgende medische procedures:

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

'Chronische aandoeningen'

Een aandoening, een ziekte of een letsel met één of meer van de volgende kenmerken:

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

'Daghospitalisatie'

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

'Evacuatie bij Medisch Spoedgeval'

Evacuatie in geval van een letsel door een ongeval of een plotse en onverwachte verandering in de fysieke toestand waarbij men, als de procedure of Behandeling niet onmiddellijk zou worden uitgevoerd, redelijkerwijs zou kunnen verwachten dat dit zou leiden tot overlijden of blijvende invaliditeit of tot een belangrijke verslechtering van een lichaamsfunctie of blijvende disfunctie van een lichaamsdeel, zoals bepaald door de BV.

'Expat'

Een persoon die woont en werkt in een ander land dan zijn land van oorsprong.

'Franchise'

(Eerste) deel van de (in aanmerking komende medische) kosten dat de Verzekerde moet betalen en dat afgetrokken wordt van het bedrag van de (in aanmerking komende medische) kosten waarop de vergoeding (terugbetaling) wordt berekend.

'Gastland'

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

'Geneesmiddelen op Voorschrift'

Medicijnen/geneesmiddelen die nodig zijn voor de behandeling van een bevestigde medische diagnose of medische aandoening, en die niet verkrijgbaar zijn zonder voorschrift van een arts (met uitsluiting van vrij verkrijgbare medicijnen).

'Huisarts'

Een arts die medische zorgen verleent waarvoor geen specialistenopleiding vereist is.

'In aanmerking komende medische kosten'

De medisch noodzakelijke uitgaven ten gevolge van een gedekte ziekte, ongeval of zwangerschap, maar die de limieten in het Vergoedingenoverzicht niet overschrijden.

'Intensive Care Unit'

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

'Invaliditeit'

Een ongeschiktheid van blijvende aard veroorzaakt door een chronische ziekte of letsel.

'Jaarlijkse Hernieuwingsdatum'

Voor individuele polissen: 1 januari. Voor groepspolissen: zie Bijzondere Voorwaarden.

'Letsel'

Lichamelijke verwonding enkel veroorzaakt door een Ongeval.

'Maximale Jaarlijkse Vergoeding'

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

'Medisch Noodzakelijk'

Een medische dienstverlening die:

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

'Medisch Spoedgeval'

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

'Medische behandeling'

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

'Ongeval'

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

- een reddingspoging van personen of goederen die in gevaar verkeren;
- inademing van gas of dampen en de opname van giftige of bijtende stoffen;
- verstuikingen, verrekkingen, breuken en spierscheuringen ten gevolge van een plotse inspanning;
- bevriezing;
- verdrinking.

‘Persoon ten laste’

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

‘Polishernieuwingsdatum’

Voor individuele polissen: afhankelijk van de gekozen looptijd van de polis. Voor driemaandelijke polissen: 11 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober. Voor halfjaarlijkse polissen: 1 januari en 1 juli. Voor jaarlijkse polissen: 1 januari.

Voor groepspolissen: 1 januari of de Jaarlijkse Hernieuwingsdatum (zie Bijzondere Voorwaarden).

‘Polishouder’

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

‘Redelijk en Gebruikelijk’

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

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

‘Salaris’

Het brutosalaris (zonder aftrek van inkomstenbelasting) dat de Verzekerde ontvangt bij het begin van zijn/haar dekking. Het brutosalaris omvat geen extralegale voordelen, zoals bedrijfswagen, woonst, bonussen of overuren. In geval van arbeidsongeschiktheid, zal de Beheerder een officieel bewijs van salaris opvragen.

Voor zelfstandige ondernemers zal het salaris berekend worden als het gemiddelde brutosalaris over de drie jaren die voorafgingen aan de gebeurtenis die de oorzaak is van de Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid.

‘Specialist’

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

‘Standaard eenpersoonskamer’

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

‘Tandarts (of Tandchirurg)’

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

‘Thuisland’

Het land waar de Verzekerde normaal verblijft of verbleef en van waaruit hij/zij naar een ander land (zoals aangegeven in het Aansluitingsformulier) wordt uitgezonden en waarnaar hij/zij van plan is om na de periode van expatriëring terug te keren. Indien het land van oorsprong niet benoemd kan worden volgens deze definitie, moet het land aangegeven worden waarvan de Verzekerde de nationaliteit heeft en waarvan hij/zij een geldig paspoort bezit.

‘Verzekeraar’

De verzekeringsmaatschappij die de risico's verzekert die door de verzekering worden gedekt.

‘Verzekerde’

De persoon (personen) die door de Cigna expatplus verzekering gedekt is (zijn) en van wie de naam (namen) in de Bijzondere Voorwaarden is (zijn) vermeld.

‘Verzekeringsjaar’

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

‘Voorafbestaande Aandoeningen’

Een medische of hieraan gerelateerde toestand waarvoor zich voor de aanvang van de dekking een symptoom of symptomen manifesteerde(n), ongeacht of er hiervoor al dan niet een medische behandeling of medisch advies werd gezocht. Elke dergelijke medische of hieraan gerelateerde toestand waarvan de Verzekerde of de personen te zijnen laste weet hebben, of hadden, of redelijkerwijs kunnen worden verondersteld weet te hebben, zal worden beschouwd als voorafbestaande aandoening).

‘Vruchtbaarheidsbehandeling’

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

‘Ziekenhuisopname’

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

‘Ziekte’

Een toestand gekenmerkt door een pathologische en door een arts vastgestelde afwijking van de normale gezondheidstoestand.

3. Toelatingscriteria voor de verzekering

3.1. Toelatingscriteria

De Cigna expatplus verzekering is beschikbaar voor individuele Expats (particulieren en hun Personen ten laste¹) en voor werkgevers die hun expat-werknemers (en hun Personen ten laste¹) wensen te verzekeren tijdens opdrachten in het buitenland (groepspolis).

De polis moet binnen de Europese Economische Ruimte gedomicilieerd zijn (hiermee wordt bedoeld op het polisadres).

Partners en personen ten laste die op hetzelfde adres wonen, moeten hetzelfde type dekking (met inbegrip van de franchise) afsluiten en kunnen slechts een enkele polis afsluiten.

Als het aantal aangesloten werknemers van een groepspolis daalt tot 1 (één), heeft de verzekeraar het recht om de polis te beëindigen.

¹ Voor de definitie van 'Personen ten laste' verwijzen we naar art. 1-2.; de Basisverzekering (inclusief Medische Evacuatie en Bijstand) en de Aanvullende Verzekeringen Tandverzorging zijn beschikbaar voor de Personen ten laste van de Verzekerde. De Aanvullende Verzekeringen Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid en Blijvende Arbeidsongeschiktheid zijn niet beschikbaar voor de Personen ten laste. De Aanvullende Verzekering Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval en Levensverzekering kunnen echter worden afgesloten voor de echtgeno(o)t(e) (of wettelijke partner) en volwassen kinderen ten laste (dat wil zeggen vanaf de leeftijd van 18) van de werknemer of de individuele Expat, voor zover deze personen ook door de Basisverzekering verzekerd zijn.

3.2. Toelating tot de verzekering

3.2.1. Individuele Expats ('individuele polis')

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

De informatie die op de medische vragenlijst verstrekt wordt, is geldig voor een periode van 4 maanden. Als de polis later dan vier maanden na de datum van de handtekening van de vragenlijst van kracht wordt, moet een nieuwe medische vragenlijst ingevuld en ondertekend worden.

3.2.2. Expat-werknemers ('groepspolis')

Bij verplichte aansluiting door de werkgever en indien het aantal aangesloten personeelsleden tien (10) of meer werknemers bedraagt, en na een beoordeling van het risicoprofiel van de groep, kan er, naar goeddunken van de Verzekeraar, worden verzaakt aan het invullen van een medische vragenlijst voor de Internationale Medische Verzekering. Dat impliceert een onmiddellijke en volledige toelating tot de Internationale Medische Verzekering (met inbegrip van de verzekeringen voor Medische Evacuatie en Bijstand en Tandverzorging) van zowel de werknemers als hun personen ten laste. Voor de dekkingen Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval, Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid / Blijvende Arbeidsongeschiktheid en Levensverzekering kan de Verzekeraar nog steeds gedeeltelijke of gehele uitsluitingen van dekking bepalen of, naar eigen goeddunken, een bijkomende premie voorstellen om af te wijken van de uitsluitingen. Voor de dekkingen Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid / Blijvende Arbeidsongeschiktheid en Levensverzekering kan de Verzekeraar echter nog steeds gedeeltelijke of gehele uitsluitingen van dekking bepalen of, naar eigen goeddunken, een bijkomende premie voorstellen om af te wijken van de uitsluitingen.

Indien het aantal aangesloten personeelsleden minder dan tien (10) werknemers bedraagt, dan moet een medische vragenlijst worden ingevuld voor elke werknemer en elke persoon ten laste die moet worden voorgelegd door de kandidaat-verzekerde aan de raadsgeneesheer van de Beheerder. De raadsgeneesheer kan gedeeltelijke of gehele uitsluitingen van dekking (weigering van dekking) bepalen of, naar eigen goeddunken, een bijkomende premie voorstellen om af te wijken van de uitsluitingen.

3.3. Toevoeging van nieuwe Verzekerden aan de verzekering

Toevoeging van een pasgeboren baby of een geadopteerd kind is mogelijk, op voorwaarde dat de aanvraag wordt ingediend binnen de twee (2) maanden volgend op de geboorte of adoptie (van een minderjarig kind).

Indien de aanvraag niet wordt ingediend binnen de twee (2) maand, moet een medische vragenlijst worden ingevuld en opgestuurd naar de raadsgeneesheer van de Beheerder. De raadsgeneesheer kan een bijkomende premie voorstellen om niet tot uitsluitingen te moeten overgaan.

Premies voor pasgeboren baby's moeten vanaf de eerste (1ste) dag van aansluiting worden betaald.

3.4. Werknemers toevoegen aan/verwijderen uit de groepsverzekering

De minimale verzekeringsperiode voor nieuwe werknemers die tot een groepsverzekering toetreden, is 3 maanden.

Aanvragen om werknemers toe te voegen of te verwijderen kunnen retroactief worden verwerkt tot maximaal 60 dagen na ontvangst van de kennisgeving aan de Verzekeraar.

3.5. Leeftijdsgrenzen voor aansluiting

- Voor individuele Expats is de minimum- en maximumleeftijdsgrens voor aansluiting vastgesteld op achttien (18) respectievelijk zestig (60) jaar.

- Voor expat-werknemers die door hun werkgever verplicht zijn aangesloten, is er geen specifieke leeftijdsgrens bepaald voor aansluiting tot de Basisverzekering.
- Voor de andere verzekeringen wordt verwezen naar de specifieke hoofdstukken i.v.m. deze Aanvullende Verzekeringen.

3.6. Wijziging in geografisch gebied, dekkingsgraad of franchise

3.6.1. Voor individuele polissen

Indien de Verzekerde in de VS, Canada, China, Hong Kong of Singapore verblijft (dat wil zeggen dat zijn/haar Gastland de VS, Canada, China, Hong Kong of Singapore is), is het verplicht om een verzekering af te sluiten voor het dekkingsgebied Wereldwijd.

De mogelijkheid om over te schakelen naar een ander dekkingsgebied (territoriaal bereik) is afhankelijk van het Gastland. Het is echter niet mogelijk om te schakelen naar het dekkingsgebied Wereldwijd met het doel een behandeling te ondergaan in de VS, Canada, China, Hong Kong of Singapore.

Als het Gastland van de expat verandert naar de Verenigde Staten, Canada, China, Hongkong of Singapore, heeft de verzekeraar het recht om het geografische dekkingsgebied van de polis te wijzigen van 'Wereldwijd exclusief de VS, Canada, China, Hongkong en Singapore' naar 'Wereldwijd'.

De verandering van dekkingsgebied moet tenminste een (1) maand voor de verandering van Gastland aangevraagd worden.

Als het Thuisland de VS, Canada, China, Hong Kong of Singapore is, kan de Verzekerde vrij kiezen tussen twee dekkingsgebieden: Wereldwijd of Wereldwijd exclusief de VS, Canada, China, Hong Kong en Singapore, op het moment dat hij/zij de Cigna expatplus verzekering initieel afsluit. Deze initiële keuze is definitief en kan niet worden gewijzigd zolang de Verzekerde door de Cigna expatplus verzekering wordt gedekt.

Verlaging en verhoging van de dekkingsgraad zijn mogelijk, maar enkel op de Polishernieuwingsdatum.

In het geval van een verhoging heeft de Verzekeraar het recht om op basis van het adres van de expat in het Gastland het geografische dekkingsgebied van de polis te wijzigen van 'Wereldwijd exclusief de VS, Canada, China, Hongkong en Singapore' naar 'Wereldwijd'. In het geval van een verhoging moet een nieuwe Medische vragenlijst worden ingevuld en ondertekend (indien van toepassing op de oorspronkelijke acceptatiedatum).

Op de nieuwe dekkingsgraad zal een wachtperiode van toepassing zijn die ingaat op de startdatum van de nieuwe dekkingsgraad.

In het geval van een wijziging van franchise geldt de nieuwe franchise voor kosten die opgelopen worden vanaf de ingangsdatum van de nieuwe franchise, ongeacht het franchisebedrag dat reeds betaald is. Dit betekent dat de nieuwe franchise volledig verschuldigd is vanaf de ingangsdatum ervan.

Een wijziging van de dekkingsgraad of van de franchise moet tenminste één (1) maand vóór de Polishernieuwingsdatum worden aangevraagd.

In overeenstemming met deze deadlines volstaat het dat de Polishouder zijn/haar kennisgeving per post, e-mail of fax naar de Beheerder verstuurt.

3.6.2. Voor groepspolissen

Indien de Verzekerde in de VS of Canada verblijft (dat wil zeggen dat zijn/haar Gastland de VS of Canada is) of indien de Verzekerde een Amerikaanse of Canadese staatsburger is (dat wil zeggen dat zijn/haar Thuisland de VS of Canada is), is het verplicht om een verzekering af te sluiten voor het dekkingsgebied Wereldwijd, tenzij anders aangevraagd en door de Verzekeraar goedgekeurd.

De mogelijkheid om over te schakelen naar een ander dekkingsgebied (territoriaal bereik), is afhankelijk van het Thuisland en Gastland. Het is echter niet mogelijk om te schakelen naar de zone Wereldwijd met het doel een behandeling te ondergaan in de VS of Canada.

De verandering van dekkinggebied moet tenminste een (1) maand voor de verandering van Gastland aangevraagd worden.

Verlaging en verhoging van de dekkinggraad zijn mogelijk, maar enkel op de Polishernieuwingsdatum.

In het geval van een verhoging moet een nieuwe Medische vragenlijst worden ingevuld en ondertekend (indien van toepassing op de oorspronkelijke acceptatiedatum).

Op de nieuwe dekkinggraad zal een wachtperiode van toepassing zijn die ingaat op de startdatum van de nieuwe dekkinggraad.

In het geval van een wijziging van franchise geldt de nieuwe franchise voor kosten die opgelopen worden vanaf de ingangsdatum van de nieuwe franchise, ongeacht het franchisebedrag dat reeds betaald is. Dit betekent dat de nieuwe franchise volledig verschuldigd is vanaf de ingangsdatum ervan.

Een wijziging van de dekkinggraad of van de franchise moet ten minste één (1) maand vóór de Polishernieuwingsdatum worden aangevraagd.

In overeenstemming met deze deadlines volstaat het dat de Polishouder zijn/haar kennisgeving per post, e-mail of fax naar de Beheerder verstuurt.

3.7. Individuele voortzetting

Expat-werknemers die gedurende ten minste zes (6) maanden verzekerd zijn geweest onder een Cigna expatplus groepsverzekering die afloopt, kunnen (op voorwaarde dat ze hun status van Expat behouden) vóór de datum waarop hun groepsverzekering afloopt een aanvraag voor een individuele internationale medische verzekering indienen; de voorwaarden (inclusief vergoedingen en premies) van die verzekering kunnen echter afwijken van die van hun Cigna expatplus groepsverzekering. Er moet geen medische vragenlijst worden ingevuld en er is geen wachtperiode van toepassing. De artikelen I-3.4. en I-3.5. blijven echter van toepassing. Voor de precieze voorwaarden, inclusief de toelatingscriteria, worden expat-werknemers verzocht om contact op te nemen met de Verzekeraar of de Beheerder.

4. Ingangsdatum van de dekking

De verzekering treedt in werking op de dag die onmiddellijk volgt op:

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

Voor de toevoeging van nieuwe Personen ten laste wordt verwezen naar Art. I-3.3.

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

5. Verzakingsrecht

De Polishouder heeft een periode van veertien (14) kalenderdagen om het contract op te zeggen zonder boete en zonder een reden te hoeven opgeven. Dit verzakingsrecht begint hetzij op de dag dat het contract van op afstand werd afgesloten hetzij op de dag dat de Verzekerde de contractuele voorwaarden en bepalingen ontvangt indien die tweede datum later zou zijn dan de eerstgenoemde. De Verzekerde heeft recht op volledige terugbetaling van de betaalde premie, op voorwaarde dat er nog geen aanvragen tot terugbetaling van medische kosten werden ingediend.

In overeenstemming met deze deadline volstaat het dat de Polishouder zijn/haar opzegging per post, e-mail of fax naar de Beheerder verstuurt.

6. Looptijd en annulering van de polis

6.1. Looptijd van een individuele verzekering en hernieuwing van de polis

Tenzij anders overeengekomen door beide partijen (Polishouder en Verzekeraar), is de looptijd van de verzekeringspolis vastgesteld op drie (3) maanden, te beginnen vanaf de datum van inwerkingtreding van de dekking zoals bepaald in Art. I-4. hierboven. Aan het einde van die periode van drie (3) maanden wordt de polis automatisch stilzwijgend hernieuwd voor achtereenvolgende periodes van telkens drie (3) maanden, tenzij anders overeengekomen door de partijen.

Als de ingangsdatum van de verzekering niet de eerste (1ste) dag van een kalenderkwartaal is, zal de polis worden hernieuwd op de eerste (1ste) dag van het volgende kalenderkwartaal.

6.2. Looptijd van een groepsverzekering en hernieuwing

Tenzij anders overeengekomen door beide partijen (Polishouder en Verzekeraar), is de looptijd van de verzekeringspolis vastgesteld op 12 maanden. Op de polishernieuwingsdatum kunnen polissen worden hernieuwd nadat de Verzekeraar de ondertekende Bijzondere Voorwaarden heeft ontvangen en op voorwaarde dat de premie voor de nieuwe verzekeringsperiode wordt betaald.

6.3. Beëindiging van de polis

De polis kan door de Polishouder worden beëindigd door kennisgeving via een aangetekende brief die tenminste één (1) maand voor de polishernieuwingsdatum bij de Verzekeraar toekomt.

De beëindiging van een of meer Aanvullende Verzekeringen (de verzekering Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval, de verzekering Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid, de verzekering Blijvende Arbeidsongeschiktheid, de verzekering Tandverzorging en/of de Levensverzekering), zal niet automatisch leiden tot de beëindiging van de Basisverzekering tenzij de Polishouder en de Verzekeraar anders zijn overeengekomen.

6.4. Verzwaring van het risico

Behalve voor wijzigingen in de gezondheidstoestand van de Verzekerde die zich hebben voorgedaan na toelating tot de verzekering, is de Verzekerde verplicht om de Verzekeraar (via de Beheerder) te informeren over alle wijzigingen in omstandigheden of toestand die het risico van ziekte of ongeval kunnen verhogen (vb. gevaarlijke beroepsactiviteiten). De Verzekeraar mag dan (binnen één (1) maand na ontvangst van kennisgeving van de verzwaring van het risico) nieuwe verzekeringsvoorwaarden voorstellen of de verzekeringsdekking annuleren (binnen één (1) maand), met terugwerkende kracht vanaf het ogenblik van aanvang van de verzwaring van het risico.

7. Opzegging van dekking

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

- als de premie (of een deel ervan) niet betaald is op de vervaldatum;
- als de Verzekerde een kind ten laste is, op eenendertig (31) december van het jaar waarin het kind de leeftijd van achtentwintig (28) jaar bereikt, of wanneer het kind niet langer als een kind ten laste wordt beschouwd of vanaf de huwelijksdatum;
- als de Verzekerde de echtgeno(o)t(e) of partner is, op de datum van (wettelijke) scheiding of op de datum van de beëindiging van de samenlevingsovereenkomst;
- als het voor de Verzekeraar onwettig wordt om de dekking die onder deze polis beschikbaar is, te voorzien;
- als de Verzekeraar misleidende informatie werd verstrekt, of als er informatie werd achtergehouden die had moeten worden verstrekt en die de beoordeling van de onder deze polis te verzekeren risico's door de Verzekeraar had kunnen beïnvloeden;
- bij overlijden van de Verzekerde.

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

Indien de Polishouder de premie niet betaalt op de vervaldatum, heeft de Verzekeraar het recht om de verzekeringspolis te schorsen of op te zeggen.

De Verzekeraar zal de Polishouder eerst informeren door middel van een aangetekende brief waarin hij de Polishouder herinnert aan het bedrag van de te betalen premie en hem/haar op de hoogte brengt van de gevolgen van het niet betalen daarvan. Indien de premie niet binnen vijftien (15) dagen na de afgifte of het posten van de aangetekende brief is betaald, wordt de verzekeringsdekking automatisch geschorst. Wanneer de Polishouder de verschuldigde premies betaald heeft, wordt de schorsing opgeheven.

De Verzekeraar mag de polis tijdens de schorsingsperiode opzeggen. In dat geval is de opzegging van kracht na afloop van een periode van vijftien (15) dagen die op de eerste dag van de schorsing aanvangt.

Claims die tijdens de schorsingsperiode worden opgelopen, zijn niet gedekt.

8. Premie en premieverhoging

8.1. Premiebedrag en -betaling

Het bedrag van de verzekeringspremie wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

De premie dient door de Polishouder elk kwartaal, semester of jaar vooraf betaald te worden aan de Verzekeraar (via de Beheerder), tenzij anders overeengekomen door zowel de Polishouder als de verzekeraar.

Belastingen en heffingen die door de toepasselijke wetgeving zijn vastgelegd, worden bij het premiebedrag gevoegd en dienen volledig te worden betaald door de Polishouder.

De frequentie van premiebetaling kan worden gewijzigd:

- van driemaandelijks naar halfjaarlijks of jaarlijks (frequentieverlaging), indien tenminste een (1) maand voor de Polishernieuwingsdatum aangevraagd;
- van jaarlijks naar halfjaarlijks of driemaandelijks (frequentieverhoging), indien tenminste een (1) maand voor de Jaarlijkse Hernieuwingsdatum aangevraagd.

8.2. Premieverhoging

Indien de Verzekeraar het premiebedrag verhoogt, zal hij de Polishouder schriftelijk informeren over deze verhoging en hem de datum meedelen waarop de nieuwe premie van kracht wordt. Deze kennisgeving wordt uiterlijk schriftelijk naar de Polishouder verstuurd:

- voor individuele polissen: op vijftien (15) november van het aflopende kalenderjaar;
- voor groepspolissen: twee (2) maanden voor de Jaarlijkse Hernieuwingsdatum, tenzij de Polishouder en de Verzekeraar anders zijn overeengekomen.

De nieuwe premiebedragen worden van kracht vanaf:

- voor individuele polissen: 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- voor groepspolissen: de volgende Jaarlijkse Hernieuwingsdatum (op of na 1 januari van het volgende kalenderjaar).

Indien de Polishouder niet akkoord gaat met de nieuwe premievoorwaarden, kan hij/zij de polis beëindigen met een aangetekende brief, per e-mail of fax aan de Verzekeraar of de Beheerder:

- voor individuele polissen: voor vijftien (15) december;
- voor groepspolissen: tenminste één maand voor de Jaarlijkse Hernieuwingsdatum van de polis.

Als alternatief en dit uitzonderlijk voor particulieren aanvaardt de Verzekeraar een verhoging of verlaging van de dekkinggraad op 1 januari. Deze uitzonderlijke wijziging moet worden aangevraagd ten laatste op dertig (30) november en dit aangetekend, per e-mail of fax aan de Verzekeraar of de Beheerder.

Er volgt geen aparte mededeling in geval van een premieverhoging door verandering van leeftijdscategorie. De nieuwe premies zijn van kracht vanaf de eerstvolgende polishernieuwingsdatum. Het is niet mogelijk het contract op te zeggen omwille van een premieverhoging door verandering van leeftijdscategorie.

9. Terugkeer naar het Thuisland

Wanneer de Verzekerde naar zijn/haar Thuisland terugkeert om er te gaan wonen en/of werken, zodat de periode van expatriëring in het buitenland een einde neemt, moet de Verzekerde of de Polishouder de Verzekeraar (via de Beheerder) schriftelijk op de hoogte brengen van de precieze datum van verhuizing naar het thuisland, tenminste een (1) maand voor de Hernieuwingsdatum van de Polis. De verzekering zal van kracht blijven tot de exacte datum van terugkeer naar het Thuisland en zal op die datum automatisch beëindigd worden.

De Polishouder kan echter - schriftelijk en tenminste een (1) maand voor de Hernieuwingsdatum van de Polis - een aanvraag indienen voor dekking gedurende een extra periode van drie (3) maanden (zonder onderbreking van de dekking), aan de voorwaarden die geldig zijn op de eerste dag van deze extra periode van drie (3) maanden. Tijdens deze periode kan de Verzekerde (of de Polishouder) een aanvraag indienen tot aansluiting bij een plaatselijk socialezekerheidsstelsel of uitkijken naar een andere privéverzekering.

Indien de Verzekerde of de Polishouder de Verzekeraar niet inlicht over de terugkeer naar het Thuisland, dan zal de Verzekeraar geen dekking meer verstrekken voor de duur van de terugkeer van de Verzekerde naar diens Thuisland.

10. Valuta

De Cigna expatplus verzekering kan worden afgesloten in EUR, GBP, USD of CHF.

De munteenheid moet (door de Verzekerde) gekozen worden voordat de dekking in werking treedt en ze kan enkel worden gewijzigd op de Jaarlijkse hernieuwingsdatum. De aanvraag tot wijziging van de munteenheid moet tenminste een (1) maand voor de Polishernieuwingsdatum worden ingediend. Een verandering van munteenheid houdt in dat het eigen risico dat door de Polishouder verschuldigd is, automatisch terug op 0 wordt gezet.

Premies en claims zijn betaalbaar in EUR, GBP, USD en CHF, afhankelijk van de munteenheid waarin de polis werd afgesloten. Voor medische kosten opgelopen in een andere munteenheid dan die van de polis wordt de omrekening gebaseerd op de dagwisselkoers van de Europese Centrale Bank (ECB) die van kracht is op de datum waarop de medische dienstverlening werd gefactureerd.

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

11. Algemene uitsluitingen

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

- gevolgen van een bewuste of opzettelijke handeling die door de Verzekerde of zijn/haar begunstigde wordt gesteld;
- gevolgen van om het even welke sport voor professionele doeleinden, zelfs in bijberoep;
- gevolgen van opstand of rellen indien de Verzekerde of zijn/haar begunstigde door daaraan deel te nemen de toepasselijke wetgeving heeft overtreden;
- gevolgen van vechtpartijen, ruzies en alle soorten ordeverstoringen en de maatregelen die genomen worden om deze te bestrijden, behalve in het geval van zelfverdediging;
- gevolgen van de voorbereiding van of deelname aan misdaden of overtredingen van de wet;
- gevolgen van drugsverslaving en alcoholisme;

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

Belangrijke opmerking

Voor de bijkomende specifieke uitsluitingen met betrekking tot de verschillende dekkingen van de Cigna expatplus verzekering verwijzen we uitdrukkelijk naar de specifieke bepalingen van de verschillende dekkingstypes (zie Hoofdstuk II).

12. Oorlog en terrorisme

12.1. Definities

'Oorlog'

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

'Terrorisme'

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

Terrorisme omvat elke handeling die door de (betrokken) regering wordt beschouwd of bevestigd als zijnde een terroristische handeling.

12.2. Beschrijving van de vergoedingen

Alle gevolgen van actieve deelname van de Verzekerde (en/of zijn/haar verzekerde Personen ten laste) aan oorlogshandelingen en terroristische handelingen, zijn uitdrukkelijk van elke dekking uitgesloten.

Indien de Verzekerde het slachtoffer is van oorlogshandelingen en terrorisme zonder dat de Verzekerde of zijn/haar begunstigde actief betrokken zijn bij deze handelingen, dan is de Verzekerde gedekt binnen de limieten en plafonds van de dekking.

De aanvullende verzekeringsdekkingen (Leven, Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval, Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid en Blijvende Arbeidsongeschiktheid) gelden niet wanneer de Verzekerde (of de Verzekerde

Personen ten laste) reist naar of van, of verblijft in een land of streek in een land dat algemeen bekend staat als een land dat in Oorlog is of waar een Burgeroorlog woedt op het ogenblik dat de schade (lichamelijk letsel of overlijden) aan de Verzekerde of zijn/haar verzekerde Personen ten laste zich voordeed. In het geval van een geschil betreffende het feit of bekend is dat een gegeven land zich in staat van oorlog of burgeroorlog bevindt, beslist de lijst met landen (of delen van landen) waarvoor de UK Foreign and Commonwealth Office (FCO) het advies geeft om er niet naartoe te reizen ('We advise against all travel to these countries/parts of these countries') zoals deze gepubliceerd staat op de officiële website van het FCO (www.fco.gov.uk).

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

13. Gegevensbescherming

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

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

14. Subrogatie

De verzekeraar heeft de volle subrogatierechten voor alle uitkeringen die worden uitbetaald in het kader van deze verzekeringspolis.

Wanneer de Verzekerde wordt verzocht om dit recht aan de Verzekeraar te bevestigen om de Verzekeraar te helpen om van een derde partij een bedrag terug te vorderen dat door de Verzekeraar aan de Verzekerde betaald is of betaald zal worden of kosten die gemaakt zijn in naam van de Verzekerde, dan is de Verzekerde verplicht om deze bevestiging schriftelijk aan de Verzekeraar te verstrekken.

15. Exceptie

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

16. Klachtenprocedure

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

- In eerste instantie dient de Verzekerde te schrijven naar:
Head of the Cigna expatplus Claims Unit, Cigna expatplus, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, België.
- Indien de kwestie niet tot zijn/haar tevredenheid is opgelost, kan de Verzekerde schrijven naar:
Chief Executive Officer, Cigna expatplus, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, België.

In geval van onenigheid met de verzekeraar of de Beheerder zal de Ombudsman proberen te komen tot minnelijke schikking.

Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35

1000 Brussel

Fax + 32 2 547 59 75

info@ombudsman.as

17. Toepasselijk recht

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

Hoofdstuk II: Vergoedingen en voorwaarden van de verschillende dekkingstypes

BASISVERZEKERING

1. Internationale Medische Verzekering

De hieronder vermelde vergoedingen zijn uitgedrukt per Verzekerde per Verzekeringsjaar, tenzij anders vermeld.

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Maximale vergoeding per Verzekerde en per Verzekeringsjaar	€ 1.000.000 £ 650.000 \$ 1.250.000 CHF 1.500.000	€ 1.500.000 £ 1.000.000 \$ 1.875.000 CHF 2.250.000	€ 3.000.000 £ 2.000.000 \$ 3.750.000 CHF 4.500.000
Verzekeringsgebied	Voor individuele polissen: - Wereldwijd - Wereldwijd exclusief de VS, Canada, China, Hong Kong en Singapore ² Voor groepspolissen: - Wereldwijd - Wereldwijd exclusief de VS en Canada ²		
Franchise voor Ambulante Behandelingen per Verzekerde en per Verzekeringsjaar	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450 € 500 - £ 325 - \$ 625 - CHF 750 € 1.000 - £ 650 - \$ 1.250 - CHF 1.500
1. Ziekenhuisopname (behandeling met overnachting in het ziekenhuis en Ambulante Chirurgie)			
Verblijfskosten (voorafgaande toestemming vereist)	100% tweepersoonskamer of 80% standaardeenpersoonskamer	100% standaard eenpersoonskamer	100% standaard eenpersoonskamer
Artsenhonoraria (chirurg, anesthesist)	100%	100%	100%
Andere medische kosten (medische beeldvorming, geneesmiddelen en verbanden, gebruik van operatiezaal)	100%	100%	100%
Verblijf in Intensive Care (IC)	100%	100%	100%

² In geval van een Ongeval en spoedeisende Behandeling in de VS, Canada, China, Hong Kong en Singapore, is de Verzekerde maximaal 90 dagen per Verzekeringsjaar gedekt.

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Herstel en rehabilitatie (verblijf en zorg) (indien verblijf volgt onmiddellijk na ziekenhuisopname)	Niet vergoed	Niet vergoed	100% (max. 28 dagen)
Verblijfskosten ouders voor kind < 16	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250
2. Ambulante Behandeling			
Artsenhonoraria (huisarts, specialist)	80%	90%	100%
Diagnostische tests, labotests, medische beeldvorming (röntgenbehandeling, MRI- en CT-scans)	80%	90%	100%
Geneesmiddelen op voorschrift	80%	90%	100%
Fysiotherapie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Preventieve onderzoeken Routineonderzoek (check-up) Oogonderzoek Mammogram • Baarmoederhalskanker uitstrijkje PSA-test	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900	100% max. € 800 100% max. £ 535 100% max. \$ 1.000 100% max. CHF 1.200	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500
Vaccinaties	100% max. € 200 100% max. £ 130 100% max. \$ 250 100% max. CHF 300	100% max. € 400 100% max. £ 270 100% max. \$ 500 100% max. CHF 600	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900
Alternatieve geneeswijzen zoals homeopathie, acupunctuur, chiropractie en osteopathie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Therapieën Ergotherapie Logopedie en spraaktherapie Psychiatrische ambulante behandeling	Niet vergoed	50% max. € 1.000 50% max. £ 650 50% max. \$ 1.250 50% max. CHF 1.500	50% max. € 2.000 50% max. £ 1.300 50% max. \$ 2.500 50% max. CHF 3.000

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
3 Andere Medische Behandelingen			
Zwangerschap en bevalling (er kan een wachtperiode van 10 maanden van toepassing zijn) ³	Vergoeding volgens type Ambulante Behandelingen	Vergoeding volgens type Ambulante Behandelingen	Vergoeding volgens type Ambulante Behandelingen
<ul style="list-style-type: none"> Zwangerschap Vruchtbaarheidsbehandeling (wachtperiode van 10 maanden van toepassing) en sterilisatie (IVF, ICSI, AI en alle gelijkaardige behandelingen) (limiet per levensduur) 	Niet vergoed	Niet vergoed	100% max. € 16.800 (4x € 4.200) 100% max. £ 11.200 (4x £ 2.800) 100% max. \$ 21.000 (4x \$ 5.250) 100% max. CHF 25.200 (4x CHF 6.300)
<ul style="list-style-type: none"> Bevalling (zonder complicaties) 	80% max. € 5.000 80% max. £ 3.250 80% max. \$ 6.250 80% max. CHF 7.500	100% max. € 7.500 100% max. £ 5.000 100% max. \$ 9.375 100% max. CHF 11.250	100% max. € 10.000 100% max. £ 6.500 100% max. \$ 12.500 100% max. CHF 15.000
<ul style="list-style-type: none"> Bevalling (met complicaties) 	zie 1. Ziekenhuisopname	zie 1. Ziekenhuisopname	zie 1. Ziekenhuisopname
Oncologie (met uitzondering van alle experimentele behandelingen)	100%	100%	100%
<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisatie en chemo- of radiotherapie Andere kosten 	zie 2. Ambulante Behandelingen	zie 2. Ambulante Behandelingen	zie 2. Ambulante Behandelingen
Chronische en voorafbestaande aandoeningen ⁴	Vergoed	Vergoed	Vergoed
AIDS / HIV-behandeling	100%	100%	100%
<ul style="list-style-type: none"> Ziekenhuisopname Ambulante Behandelingen 	80%	90%	100%
Thuisverpleging	80% max. € 160 / dag 80% max. £ 110/dag 80% max. \$ 200/dag 80% max. CHF 240/dag (max. 60 dagen)	90% max. € 180 / dag 90% max. £ 120/dag 90% max. \$ 225/dag 90% max. CHF 270/dag (max. 60 dagen)	100% max. € 200 / dag 100% max. £ 135/dag 100% max. \$ 250/dag 100% max. CHF 300/dag

³ Voor particulieren en bedrijven met selectie op basis van medische voorgeschiedenis. Voor bedrijven met meer dan 10 verzekerde werknemers kan worden afgezien van de wachttijd, onder goedkeuring van de Verzekeraar.

⁴ De toelating tot de verzekering kan onderworpen zijn aan een medische vragenlijst en de goedkeuring van de raadsgeneesheer. Het negeren van medische voorgeschiedenis is mogelijk voor bedrijven met meer dan tien (10) expats. Voorafbestaande en Chronische Aandoeningen worden gedekt op grond van de maximale vergoedingen van uw gekozen dekking indien goedgekeurd door de medisch raadgever op het tijdstip van acceptatie.

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
			(max. 100 dagen)
Organtransplantatie (kosten voor de donor zijn uitgesloten – voorafgaande toestemming is vereist)	100% max. € 100.000 100% max. £ 65.000 100% max. \$ 125.000 100% max. CHF 150.000	100% max. € 125.000 100% max. £ 83.500 100% max. \$ 156.250 100% max. CHF 187.500	100% max. € 150.000 100% max. £ 100.000 100% max. \$ 187.500 100% max. CHF 225.000
Nierdialyse (met uitzondering van alle experimentele behandelingen)	100%	100%	100%
Lokale ambulance (naar dichtstbijzijnd ziekenhuis)	100% max. € 1.500 100% max. £ 975 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 3.000 100% max. £ 1.950 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500	100% max. € 4.500 100% max. £ 3.000 100% max. \$ 5.625 100% max. CHF 6.750
Tandheelkundige zorgen ten gevolge van een ongeval			
• Tandheelkundige noodbehandeling	100% max. € 750 100% max. £ 500 100% max. \$ 950 100% max. CHF 1.125	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500	100% max. € 1.250 100% max. £ 850 100% max. \$ 1.575 100% max. CHF 1.875
• Tandchirurgie	100% max. € 2.000 100% max. £ 1.300 100% max. \$ 2.500 100% max. CHF 3.000	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Psychiatrische zorg			
• Ziekenhuisopname	Niet vergoed	90% max. € 10.000 90% max. £ 6.500 90% max. \$ 12.500 90% max. CHF 15.000	100% max. € 20.000 100% max. £ 13.500 100% max. \$ 25.000 100% max. CHF 30.000
• Ambulante Behandelingen	zie 2. Ambulante Behandelingen:Therapieën	zie 2. Ambulante Behandelingen:Therapieën	zie 2. Ambulante Behandelingen:Therapieën
Optiek (brillenglazen, brilmonturen, contactlenzen)	80% max. € 100 80% max. £ 65 80% max. \$ 125 80% max. CHF 150	90% max. € 200 90% max. £ 135 90% max. \$ 250 90% max. CHF 300	100% max. € 300 100% max. £ 200 100% max. \$ 375 100% max. CHF 450
Medische hulpmiddelen (hoorapparaten en orthopedische hulpmiddelen)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	90% max. € 2.500 90% max. £ 1.650 90% max. \$ 3.125 90% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Palliatieve zorg	80% max. € 40.000 80% max. £ 26.600 80% max. \$ 50.000 80% max. CHF 60.000	90% max. € 45.000 90% max. £ 30.000 90% max. \$ 56.000 90% max. CHF 67.000	100% max. € 50.000 100% max. £ 33.300 100% max. \$ 62.500 100% max. CHF 75.000

1.1. Doel van de Internationale Medische Verzekering

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

1.2. Toelatingscriteria voor de Internationale Medische Verzekering

Betreffende de toelatingscriteria en aanvaardingsregels voor de verzekering, wordt verwezen naar de voorwaarden zoals uiteengezet in Art. I-3.

1.3. Niveaus van medische dekking

Voor de Internationale Medische Verzekering zijn er drie (3) verschillende niveaus van dekking:

- Globe;
- Orbit;
- Universe.

Het niveau dat de Polishouder heeft gekozen staat vermeld in de Bijzondere Voorwaarden van de verzekeringspolis. Elk niveau stemt overeen met een bepaald vergoedingspakket waarvan de details worden vermeld in het Vergoedingenoverzicht. Voor wijzigingen van de dekkingsgraad, wordt verwezen naar Art. I-3.5.

1.4. Territoriaal verzekeringsgebied

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

Voor individuele polissen:

- Wereldwijde dekking
- Wereldwijde dekking met uitzondering van medische kosten opgelopen in de Verenigde Staten van Amerika (VS), Canada, China, Hong Kong en Singapore.

Voor groepspolissen:

- Wereldwijde dekking
- Wereldwijde dekking met uitzondering van medische kosten opgelopen in de Verenigde Staten van Amerika (VS) en Canada.

Echter, tijdens zakenreizen en vakanties in de uitgesloten landen, die in totaal niet langer duren dan negentig (90) dagen per Verzekeringsjaar, zijn medische kosten opgelopen in de uitgesloten landen als een rechtstreeks gevolg van een ongeval of een medisch spoedgeval gedekt tot de limieten van de polis. Indien de betrokken medische toestand al bestond vóór de reis naar een uitgesloten land of de reden was van de reis, dan worden de medische kosten niet gedekt.

Kosten in verband met zwangerschap (en zwangerschapscomplicaties) en/of bevalling worden niet beschouwd als kosten voor een ongeval of een spoedgeval en worden daarom niet gedekt.

1.5. Verzekeringssomvang

1.5.1. Definities

Zie Art. I-2.

1.5.2. Beschrijving van de vergoedingen

De medische kosten die in aanmerking komen voor terugbetaling, en welke onderworpen zijn aan de uitsluitingen, limieten en plafonds die in deze polis worden vermeld, zijn opgenomen in het Vergoedingenoverzicht.

Behandelingen en procedures moeten Medisch Noodzakelijk en gepast zijn (in overeenstemming met de diagnose die door een arts is gesteld), willen ze voor terugbetaling in aanmerking komen. Ze moeten voorgeschreven zijn door een

arts en uitgevoerd zijn door een arts of door een daartoe wettelijk gemachtigde medische zorgverlener die beschikt over de nodige kwalificaties. De terugbetalingplafonds (d.w.z. de maximale vergoedingsbedragen) voor bepaalde types van medische zorgverlening zijn - tenzij anders aangegeven in het Vergoedingenoverzicht - altijd van toepassing per Verzekerde en per verzekeringsjaar. Dit betekent dat elk plafond van toepassing is voor een twaalf (12-)maandelijkse termijn van ononderbroken dekking, te beginnen op de datum waarop de dekking van de Verzekerde in werking treedt.

1.5.2.1. Ziekenhuisopname

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

- **Verblijfskosten**

Terugbetaling van de redelijke en gebruikelijke kosten voor ziekenhuiskamer en -maaltijden. Het terugbetaalde bedrag zal gelijk zijn aan de effectieve kosten gemaakt door het ziekenhuis tijdens het verblijf van de Verzekerde maar zal in geen geval hoger zijn dan het standaardtarief voor een eenpersoonskamer voor één (1) dag.

- **Intensive care unit**

Terugbetaling van de redelijke en gebruikelijke kosten voor de betreffende verblijfskosten, zoals aangegaan tijdens het verblijf als intern verpleegd patiënt in de Intensive Care Unit van het ziekenhuis.

Deze terugbetaling zal gelijk zijn aan de effectieve kosten gemaakt door het ziekenhuis. Er zal geen terugbetaling voor verblijfskosten worden gemaakt voor dezelfde verblijfsperiode waarin de dagvergoeding voor de Intensive Care Unit betaalbaar is.

- **Artsenhonoraria**

- **Honoraria voor chirurgische ingrepen**

Terugbetaling van de redelijke en gebruikelijke kosten voor een chirurgische ingreep door specialisten, binnen de maximale bedrag aangeduid in het Vergoedingenoverzicht.

- **Honoraria voor Anesthesist**

Terugbetaling van de redelijke en gebruikelijke kosten gemaakt door de anesthesist voor de toediening van anesthesie maar niet hoger dan de limieten opgenomen in het Vergoedingenoverzicht.

- **Andere medische kosten**

- **Operatiezaal**

Terugbetaling van de redelijke en gebruikelijke kosten voor de operatie- en herstellkamer in het kader van een chirurgische procedure.

- **Ziekenhuisleveringen en -diensten**

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

- **Verblijf van ouders**

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

- **Vergoeding voor kleine ziekenhuiskosten**

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

- **Herstel en revalidatie**

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

1.5.2.2. Ambulante Behandelingen

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

- **Artsenhonoraria**
Consultatie bij een officieel erkende huisarts, gezinsarts, specialist als gevolg van ziekte en lichamelijke letsels waarbij ziekenhuisopname niet vereist is.
- **Diagnostische tests**
Terugbetaling van de redelijke en gebruikelijke kosten voor tests (ECG, röntgenfoto's, laboratoriumtests, enz.) die worden uitgevoerd voor diagnostische doeleinden als gevolg van een letsel of ziekte binnen de limieten opgenomen in het Vergoedingenoverzicht en aanbevolen door een gekwalificeerde Arts.
- **Voorgeschreven geneesmiddelen**
Alleen geneesmiddelen voorgeschreven door een Arts en niet verkrijgbaar zonder voorschrift kunnen terugbetaald worden. Vrij verkrijgbare geneesmiddelen komen niet in aanmerking voor terugbetaling, evenmin als lifestyle producten, dieetproducten, vitamines, voedingssupplementen, enz. Voor vaccins gelden de bijzondere bepalingen van 'Vergoedingen voor vaccins'.
- **Vergoeding voor preventieve zorgen en wellness**
 - één (1) lichamelijk onderzoek van een volwassene per Verzekeringsjaar (check-up);
 - één (1) routine oogtest per Verzekeringsjaar;
 - één (1) (bilateraal) mammogram per Verzekeringsjaar voor verzekerde vrouwen vanaf de leeftijd van vijfendertig (35) jaar;
 - één baarmoederhalskanker uitstrijkje per Verzekeringsjaar voor verzekerde vrouwen vanaf de leeftijd van vijfendertig (35) jaar;
 - één PSA-test per Verzekeringsjaar voor verzekerde mannen vanaf de leeftijd van vijftig (50) jaar.
 - kinderverzorging;
- **Vergoedingen voor vaccins (volwassenen en kinderen)**
 - reisvaccins
 - preventieve vaccins en immunisering van jonge kinderen.
- **Fysiotherapie**
Fysiotherapie voorgeschreven door een Arts, met inbegrip van de 'Mensendieck' fysiotherapie, wordt gedekt op voorwaarde dat het medische voorschrift duidelijk de behoefte voor deze specifieke vorm van fysiotherapie vermeldt en op voorwaarde dat de zorgverlener een gecertificeerd fysiotherapeut is.
- **Behandelingen uitgevoerd door Alternatieve Medische Zorgverleners**
 - chiropractor;
 - osteopaat;
 - acupuncturist;
 - homeopaat.Deze behandelingen moeten voorgeschreven zijn door een Arts.

1.5.2.3. Overige medische behandelingen

Terugbetaling van de effectief gemaakte kosten, onderworpen aan de specifieke globale jaarlimieten per Verzekerde en per Verzekeringsjaar, voor:

- **Zwangerschap**
De kosten worden vergoed volgens het type van Ambulante Behandeling.
- **Bevalling**
Het verzekerde bedrag is inclusief de terugbetaling van Artsenhonoraria, ziekenhuisverblijf en andere gerelateerde medische kosten gemaakt tijdens een ziekenhuisverblijf. Zelfgekozen keizersneden worden uitgesloten van de dekking. Indien een keizersnede echter Medisch Noodzakelijk is, wordt deze terugbetaald volgens de voorwaarden voor behandeling als intern verpleegd patiënt. Alle andere bevallingen met complicaties vallen onder diezelfde

regeling. De beoordeling over de al dan niet medische noodzakelijkheid van een keizersnede wordt gemaakt door de medisch adviseur van de Verzekeraar.

- Vruchtbaarheidsbehandeling
 - Diagnose van onvruchtbaarheid
Onderzoeksprocedures noodzakelijk om de oorzaak voor de onvruchtbaarheid vast te stellen.
 - Vruchtbaarheidsbehandeling
De kosten verbonden aan de behandeling van onvruchtbaarheid worden gedekt zowel in het kader van Ambulante Behandelingen als in het kader van een Ziekenhuisopname mits aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - het moet gaan om een primaire onvruchtbaarheid;
 - maximaal vier (4) pogingen per vrouwelijke Verzekerde worden gedekt voor de hele levensduur;
 - maximaal 4.200 EUR/2.800 GBP/5.250 USD/6.300 CHF per poging;
 - maximumleeftijd van de vrouwelijke Verzekerde is veertig (40) jaar;
 - de kosten verbonden aan de sperma-/eiceldonatie worden niet gedekt;
 - de kosten verbonden aan een surrogaatmoeder worden niet gedekt.
 - voorafgaande toestemming van de raadsgeneesheer is altijd vereist.
 Primaire infertiliteit wordt gedefinieerd als het onvermogen van een van de partners in een langdurige relatie om gedurende een periode van twee jaar zwanger te raken, terwijl ze seksueel actief zijn en geen moderne contraceptie gebruiken. Bij primaire infertiliteit vond geen eerdere zwangerschap plaats.
 Secundaire infertiliteit wordt gedefinieerd als het onvermogen van een koppel dat eerder zwanger is geweest om, na een volledig jaar geprobeerd te hebben, opnieuw zwanger te worden.
 Zodra de vrouwelijke partner de leeftijd van 41 bereikt heeft, zullen kosten voor infertiliteitsbehandelingen voor geen van beide partners nog terugbetaald worden.
 - Kosten verbonden aan sterilisatie
Eén (1) sterilisatie per Verzekerde voor de hele levensduur.
 - Plafond
Voor de kosten voor kunstmatige inseminatie (KI) en andere gelijkaardige behandelingen is er geen maximaal aantal pogingen van toepassing.
 - Wachtijd
Er geldt een wachtperiode van tien (10) maanden voor alle medische kosten gerelateerd aan Zwangerschap, Bevalling en Vruchtbaarheidsbehandeling, wat betekent dat alleen kosten gemaakt vanaf de elfde (11de) maand na de aanvaarding van de verzekering in aanmerking komen voor terugbetaling. Van deze wachtperiode kan afgezien worden voor groepen wanneer de Verzekerde op het ogenblik van de overstap naar deze verzekering al een gelijkaardige verzekering genoot. Een dergelijke afstand is enkel geldig indien dit specifiek is opgenomen in de Bijzondere Voorwaarden van de betrokken groepspolis.
 - Oncologie
Als bij een Verzekerde de diagnose van kanker wordt gesteld, zal de Verzekeraar de Verzekerde vergoeden voor de Redelijke en Gebruikelijke Kosten gemaakt voor de behandeling van kanker uitgevoerd in een officieel erkend kankerbehandelcentrum en onderworpen aan de limiet van zijn dekking zoals opgenomen in het Vergoedingenoverzicht. Een dergelijke behandeling (d.w.z. radiotherapie of chemotherapie met uitsluiting van een experimentele behandeling, consultaties, onderzoekstests) moet worden ontvangen als een intern verpleegd of Ambulant patiënt van een Ziekenhuis of een erkend kankerbehandelcentrum onmiddellijk volgend op de diagnose of het ontslag uit het Ziekenhuis of na een chirurgische ingreep. Kanker wordt gedefinieerd als de oncontroleerbare groei of verspreiding van kwaadaardige cellen en de invasie en destructie van normaal weefsel waarvoor een sterk interveniërende behandeling of Chirurgie (met uitsluiting van endoscopische procedures alleen) noodzakelijk wordt beschouwd.

Kanker moet bevestigd worden door histologisch bewijs van de kwaadaardige tumor.
 - Orgaantransplantatie
De vergoeding van de Redelijke en Gebruikelijke kosten gemaakt voor transplantatiechirurgie voor de Verzekerde, zijnde de ontvanger van het getransplanteerde orgaan. De betaling van deze vergoeding is van toepassing zolang de polis loopt en zal onderworpen zijn aan de limiet zoals opgenomen in het Vergoedingenoverzicht. Het verzekerde bedrag is inclusief artsenhonoraria, ziekenhuisverblijf (standaard eenpersoonskamer) en andere gerelateerde

medische kosten tijdens de ziekenhuisopname. De voorafgaande toestemming van de raadsgeneesheer van de Beheerder is altijd vereist.

De volgende kosten zijn uitgesloten van de dekking:

- • kosten gerelateerd aan het zoeken van een donor;
 - kosten voor de verwerving van het orgaan (indien er een prijs wordt gevraagd voor het orgaan);
 - kosten gemaakt voor de verwijdering van het orgaan van de donor.
- **Nierdialyse**
Als bij een Verzekerde de diagnose wordt gesteld van een nierinsufficiëntie, zoals hieronder gedefinieerd, zal de Verzekeraar de Redelijke en Gebruikelijke kosten vergoeden die gemaakt worden voor de nierdialysebehandeling uitgevoerd in een ziekenhuis of een officieel erkend dialysecentrum, dit tot aan de limiet zoals opgenomen in het Vergoedingenoverzicht. Een dergelijke behandeling (dialyse met uitsluiting van consultatie, onderzoekstests) moet worden ontvangen als een intern verpleegd of Ambulant patiënt. Nierinsufficiëntie betekent het eindstadium van een nieraandoening in de vorm van een chronisch en onherstelbaar onvermogen van de beide nieren om te functioneren, als gevolg waarvan een nierdialyse wordt opgestart. Alle experimentele behandelingen zijn uitgesloten van de dekking.
 - **Medische hulpmiddelen**
Terugbetaling van de kosten voor hoorapparaten, orthopedische toestellen en kousen, kunstledematen, rolstoel, enz.
 - **Lokale ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis**
Terugbetaling van de Redelijke en Gebruikelijke kosten gemaakt voor de noodzakelijke ambulancediensten van thuis uit (met inbegrip van begeleider) naar en/of van het ziekenhuis. De terugbetaling is onderworpen aan de limiet die in het Vergoedingenoverzicht is vermeld. Er wordt geen vergoeding betaald als de Verzekerde niet in het ziekenhuis is opgenomen.
 - **Psychiatrische zorg**
Ambulante psychiatrische zorg wordt enkel terugbetaald indien voorgeschreven en gegeven door een Arts. Het verzekerde bedrag is inclusief de honoraria van Artsen en/of de (behandelingshonoraria van) de behandelende arts maar niet inclusief geneesmiddelen. Geneesmiddelen worden gedekt volgens de bepalingen betreffende Voorgeschreven Geneesmiddelen. Volgende medische kosten zullen onder hetzelfde plafond als dat van psychiatrische zorg gerekend worden: ergotherapie, logopedie en/of spraaktherapie, arbeidstherapie.
 - **Tandverzorging na een Ongeval**
Tandchirurgie wordt enkel gedekt indien dit nodig is voor het herstellen van de schade aan de natuurlijke tanden veroorzaakt door een Ongeval.
 - **Palliatieve zorg**
Palliatieve zorg kan worden toegediend in het kader van een ziekenhuisopname, ambulant of in een centrum waar pijn en andere symptomen worden bestreden en ze omvat psychologische en sociale ondersteuning (medisch en paramedisch) van zowel de patiënt als diens familie tijdens de laatste levensfase. Palliatieve zorg wordt aangeboden als alternatief voor een in aanmerking komende ziekenhuisbehandeling of thuisverpleging. Palliatieve zorg moet worden verleend door een organisatie die ten dienste staat van patiënten met een ongeneesbare ziekte en een levensverwachting van minder dan zes (6) maanden.

1.6. Vereiste van voorafgaande toestemming

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

- diagnose;

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

In het geval van een spoedeisende Ziekenhuisopname (d.w.z. wanneer er dringend een behandeling nodig is om een toestand te behandelen die een onmiddellijke en ernstige bedreiging vormt van iemands algemene gezondheid) moet de Beheerder zo spoedig mogelijk worden verwittigd (normaal binnen achtenveertig (48) uur) en uiterlijk vóór ontslag uit het ziekenhuis. Indien niet wordt voldaan aan de vereiste van voorafgaande toestemming wordt door de Beheerder (in naam van de Verzekeraar) een boete van vijftwintig (25)% aangerekend. Dit betekent dat de terugbetaling van de In Aanmerking komende Kosten zal worden beperkt tot vijfenzeventig (75)% van het bedrag waarop de Verzekerde normaal gezien recht zou hebben indien hij/zij naar behoren had voldaan aan de genoemde vereisten.

1.7. Beperkingen en uitsluitingen

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

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

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

1.8.1. Claimprocedure (declaratieprocedure)

Alle claims (aanvragen voor terugbetaling) moeten schriftelijk worden ingediend bij de Beheerder met behulp van het speciale claimformulier dat door de Beheerder ter beschikking wordt gesteld en wel zo spoedig mogelijk na de gebeurtenis die de aanleiding is van de claim. Bij de claim moeten de originele bewijsstukken worden gevoegd, met inbegrip van alle relevante facturen en betalingsbewijzen wanneer de Beheerder hierom vraagt. Bij een Ongeval moet de Verzekerde bovendien de volgende bijkomende informatie geven:

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

1.8.2. Coördinatie van prestaties - andere verzekering

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

1.8.3. Betaling van medische claims(uitkeringswijze)

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

Terugbetalingen gebeuren aan de Verzekerde, maar als de Verzekerde overleden is, zal de betaling gebeuren naar eigen goeddunken van de Verzekeraars of aan een persoon die voldoende bewijzen voorlegt dat hij/zij recht heeft op die betaling.

Betalingen kunnen rechtstreeks met ziekenhuizen worden geregeld.

1.9. Medische gegevens en medisch onderzoek

Telkens wanneer dit vereist is voor de vlote afrekening van de claims met betrekking tot de verzekeringsdekking waarin de verzekeringspolis voorziet, en in overeenstemming met de Belgische wetgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, is de Verzekerde verplicht om (rechtstreeks of via zijn/haar arts) alle nodige medische informatie te verstrekken die door de Verzekeraar via de Beheerder wordt gevraagd. Vertrouwelijke informatie mag in een verzegelde envelop worden bezorgd aan de raadsgeneesheer van de Beheerder. Telkens wanneer dat noodzakelijk wordt geacht voor de evaluatie van een claim, mag de Verzekeraar een medisch onderzoek van de Verzekerde aanvragen, dat op kosten van de Verzekeraar wordt uitgevoerd door een arts die aangesteld is door de Verzekeraar. De Verzekerde mag vragen dat zijn/haar eigen Arts aanwezig is bij dit onderzoek. De kosten voor de eigen Arts dienen door de Verzekerde zelf te worden gedragen. In het geval de Verzekerde en/of de personen ten laste van de Verzekerde bovenstaande verplichting tot het verstrekken van de gevraagde medische informatie of het gevraagde medische onderzoek niet naleven, kan de Verzekeraar weigeren de uitkeringen te betalen.

1.10. Verjaringstermijn

Claims dienen zo snel mogelijk aan de Beheerder te worden gemeld. Sommige behandelingen vereisen een voorafgaande toestemming (zie Art.II-1.6.). In elk geval moeten claims uiterlijk drie (3) jaar na de datum waarop de specifieke behandeling plaatsvond bij de Beheerder toekomen. Na deze maximumperiode van drie (3) jaar komen de claims niet meer in aanmerking voor betaling of vergoeding door de Verzekeraar.

2. Medische Evacuatie en Bijstand

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Bijstand bij evacuatie			
<ul style="list-style-type: none"> Organisatie en vergoeding van vervoer naar een ziekenhuis 	100 %		
<ul style="list-style-type: none"> Organisatie en vergoeding van de reis van een verzekerde partner en/of minderjarige kinderen 	100%		
<ul style="list-style-type: none"> Vergoeding van verblijfskosten van de Verzekerde patiënt of de Verzekerde perso(o)n(en) die hem/haar begeleidt/begeleiden 	max. € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 / dag voor een maximum van 10 dagen		
Ziekenhuisopname ter plaatse			
<ul style="list-style-type: none"> Organisatie en vergoeding van de heen- en terugreis om een familielid de mogelijkheid te bieden de Verzekerde in het ziekenhuis te bezoeken Kosten van het verblijf ter plaatse 	100% max. € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 / dag voor een maximum van 10 dagen		
Kosten van opsporings- en/of reddingsacties:	€ 1.500 / £ 1.000 / \$ 1.875 / CHF 2.250		
Hulpverlening bij voortijdige terugkeer Organisatie en vergoeding van de transportkosten (heen- en terugreis)	100%		
Hulpverlening in geval van onderbreking in een professionele opdracht van de Verzekerde: vergoeding van de reiskosten van een collega die de Verzekerde zal vervangen (enkel de heenreis)	100%		
Verzending van geneesmiddelen die lokaal niet verkrijgbaar zijn	100%		
Hulpverlening voor onvoorziene gebeurtenissen			
<ul style="list-style-type: none"> Communicatie met de familie van de Verzekerde of het bedrijf waar de Verzekerde werkt Diefstal van identiteitsdocumenten, kredietkaarten, reistickets of professionele documenten van de Verzekerde: voorschot in het buitenland 	100% max. € 400 / £ 260 / \$ 500 / CHF 600		
Psychologische ondersteuning in geval van een ernstig trauma als gevolg van een gedekte Ziekte of een gedekt Ongeval	twee telefoongesprekken per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar		
Hulpverlening in geval van het overlijden van een verzekerde persoon			
<ul style="list-style-type: none"> Vervoer van het stoffelijk overschot OF Begrafenis ter plaatse 	100%		
<ul style="list-style-type: none"> Begrafeniskosten die noodzakelijk zijn voor het vervoer 	€ 3.000 / £ 2.000 / \$ 3.750 / CHF 5.500		
<ul style="list-style-type: none"> Aanvullende kosten voor het vervoer van de verzekerde leden van het gezin van de overledene of een verzekerde persoon 	100%		

2.1. Algemene bepalingen

2.1.1. Definitie van de begunstigden

Alle personen die bij Cigna een contract ondertekenen, zowel als expat via hun arbeidscontract, als zijnde hun partner en fiscaal ten laste verklaarde kinderen.

Deze dekking zal kunnen worden ondertekend door:

- - particulieren die geëxpatrieerd is en jonger is dan vijfenzeventig (75).
- - ondernemingen: medewerkers (en indien van toepassing diens begunstigden) die jonger zijn dan vijfenzeventig (75).

De diensten voor medische evacuatie en bijstand voorzien door deze polis zullen automatisch op de vijfenzeventigste (75ste) verjaardag van de Verzekerde en zijn/haar begunstigden worden beëindigd.

2.1.2. Dekkingsgebied

Wereldwijd

2.1.3. Algemene uitsluitingen voor alle vergoedingen

Behalve de specifieke uitsluitingen aangegeven voor elke dekking, verzekert Cigna nooit de gevolgen van de volgende omstandigheden en gebeurtenissen:

- burger- of buitenlandse oorlog, ordeverstoringen, volksopstanden, stakingen, gijzelnemingen, gebruik van wapens;
- uw vrijwillige deelname aan weddenschappen, misdaden of vechtpartijen, tenzij in gevallen van zelfverdediging;
- alle effecten van nucleaire oorsprong of veroorzaakt door een bron van ioniserende straling;
- uw opzettelijke daden en doloze fouten, met inbegrip van zelfmoord en zelfmoordpogingen;
- uw verbruik van alcohol, drugs of andere narcotica zonder medisch voorschrift;
- gebeurtenissen waarvoor de verantwoordelijkheid ofwel bij de organisator van uw reis ligt, met toepassing van de lokale wetgeving die de voorwaarden voor het uitoefenen van de business van het organiseren en verkopen van reizen vastlegt, ofwel bij de vervoerder ligt, in het bijzonder om redenen van luchtveiligheid en/of overboeking;
- uw weigering om in te schepen op de vlucht oorspronkelijk voorzien door het geautoriseerde agentschap.

2.1.4. Financiële verplichtingen van de BV

De organisatie van een van de hierboven uiteengezette gevallen van bijstand door de begunstigde of door de persoon in zijn/haar gezelschap kan slechts recht geven op vergoeding indien de BV hiervan vooraf in kennis is gesteld en zij expliciet goedkeuring hiervoor heeft gegeven, in het bijzonder voor over te gebruiken middelen, door het versturen van de informatie per fax, e-mail, telegram of telexbericht, met een dossiernummer. De gemaakte kosten zullen worden terugbetaald na voorlegging van de relevante bewijsstukken en binnen de limieten waartoe de BV zich geëngageerd heeft bij het organiseren van de service.

2.1.5. Subrogatie

Cigna treedt tot en met de betaling van vergoedingen en geleverde diensten in uw plaats wat betreft de rechten en acties tegenover personen die verantwoordelijk zijn voor de feiten die hebben geleid tot interventie.

Wanneer de in uitvoering van het contract geleverde diensten volledig of gedeeltelijk gedekt zijn door een landelijk sociale zekerheidssysteem of een andere instelling, zal Cigna in de plaats treden van de Verzekerde betreffende zijn/haar rechten en acties tegenover het genoemde fonds of de genoemde instelling.

2.1.6. Verjaringstermijn:

Elke actie resulterend uit de dekking 'Cigna expatplus Hulpverlening' verjaart 2 (twee) jaar na de datum van de causale gebeurtenis.

2.2. Bijstand bij evacuatie

In het geval van een evacuatie bij medisch spoedgeval (zoals gedefinieerd in paragraaf I-2. Definities) zal de BV als volgt bijstand verlenen:

- Organisatie en vergoeding van vervoer naar een ziekenhuis
De BV organiseert en vergoedt de kosten voor het vervoer naar het ziekenhuis dat het dichtst bij is en/of het meest geschikt is om de zorg te verlenen die de gezondheidstoestand van de Verzekerde patiënt vereist.
De BV kan dan de terugkeer naar het adres in het Gastland organiseren zodra zijn/haar gezondheidstoestand dit toelaat.
- Organisatie en vergoeding van de reis van een verzekerde partner en/of minderjarige kinderen
De BV organiseert en vergoedt tevens, na akkoord van de medische dienst van de BV, de reis van een verzekerde partner om het die persoon mogelijk te maken de verzekerde patiënt te begeleiden en/of om het de minderjarige kinderen mogelijk te maken naar hun Thuisland terug te keren als er geen volwassen lid van het gezin van de Verzekerde bij hen aanwezig is.
- Vergoeding van verblijfskosten van de Verzekerde patiënt of de Verzekerde perso(o)n(en) die hem/haar begeleidt/begeleiden
De Beheerder vergoedt de Verzekerde patiënt, na voorlegging van de bewijsstukken, binnen de limieten van de in het dekkingsoverzicht vermelde bedragen, zijn/haar extra kosten van verblijf in een hotel (exclusief extra kosten zoals maaltijden, wasserij, internet, enz.) evenals die van de verzekerde persoon (personen) die hem/haar begeleidt (begeleiden), vanaf de dag van bedlegerigheid van de Verzekerde tot de dag van repatriëring naar zijn/haar Gastland.

Alle medische kosten (ziekenhuisopname, medische consultaties, betaling van dekkingen en vergoedingen) zullen door de Beheerder worden beheerd en betaald.

De BV zal verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de diensten in verband met medische spoedgevallen, zoals ziekenhuisopname en evacuatie.

Elke dringende ziekenhuisopname zal worden gemeld aan de Beheerder, die de betalingswaarborgen zal vrijgeven en die verantwoordelijk zal zijn voor de vlotte verwerking van het dossier. De ziekenhuisopname, al dan niet dringend, waarvoor geen evacuatie nodig is, zal rechtstreeks door de Beheerder worden beheerd. In het geval dat er contact wordt opgenomen met de BV ingevolge een voornoemd geval, zal de Verzekerde of de persoon die belt automatisch worden doorverwezen naar de Beheerder.

Belangrijk:

Beslissingen worden uitsluitend op basis van de medische toestand van de Verzekerde genomen.

De artsen van de BV zullen de medische organisaties ter plaatse en, indien nodig, de gebruikelijke huisarts van de Verzekerde contacteren, om alle informatie te verzamelen die nodig is om de beste beslissingen voor de gezondheidstoestand van de Verzekerde te kunnen nemen.

Medisch personeel met een officieel erkend diploma in het land waarin het zijn beroepsactiviteit gebruikelijk uitoefent, zal beslissen over de evacuatie en deze ook beheren.

Indien de Verzekerde weigert zich te houden aan de beslissingen van het medisch team van de BV, ontslaat de Verzekerde de BV van elke aansprakelijkheid met betrekking tot de gevolgen van een dergelijk initiatief en verliest de Verzekerde alle rechten op diensten en schadevergoeding door de BV.

Bovendien kan de BV in geen enkel geval de lokale noodhulpdiensten vervangen of hiervoor gemaakte kosten dekken.

2.3. Ziekenhuisopname ter plaatse

Vergoeding van de kosten voor de aanwezigheid van een familielid in het ziekenhuis:

Indien de Verzekerde ter plaatse meer dan vijf (5) dagen in het ziekenhuis wordt opgenomen (of meer dan achtenveertig (48) uur) als de Verzekerde minderjarig of mindervalide is en tijdens de reis niet door een volwassen familielid begeleid werd):

- vergoedt de BV de heen- en terugreis van een familielid zodat deze in het ziekenhuis aanwezig kan zijn;
- vergoedt de Beheerder, na overleg van bewijsmateriaal en binnen de limieten van de in het dekkingsoverzicht vermelde bedragen, de kosten van verblijf in een hotel (exclusief extra kosten zoals maaltijden, wasserij, internet, enz.) van die persoon.

Deze dienst kan niet worden gecombineerd met de dienst die beschreven is in de paragraaf 'Organisatie en vergoeding van de reis van een verzekerde partner en/of minderjarige kinderen'.

2.4. Kosten van opsporings- en/of reddingsacties:

Na voorlegging van een officiële factuur vergoedt de Beheerder de Verzekerde de kosten van opsporingsacties op zee of in de bergen en/of gemaakte reddingskosten binnen de limieten van de in het dekkingsoverzicht vermelde bedragen.

2.5. Hulpverlening bij voortijdige terugkeer

De BV organiseert en vergoedt de kosten voor een reis naar het thuisland (heen en terug) voor de personen die onder deze polis verzekerd zijn.

Verzekerden kunnen van deze dienst gebruikmaken in de volgende gevallen:

- bij ziekte of een ongeval resulterend in een spoedeisende ziekenhuisopname, waarbij het, volgens de medische dienst van de BV, gaat om een levensbedreigende situatie van hun wettelijke of feitelijke echtgeno(o)t(e) of een van hun minderjarige of mindervalide nakomelingen, die niet in het Gastland verblijft en die in het thuisland van de Verzekerde persoon woont.
- om de uitvaart te kunnen bijwonen, na het overlijden van zijn/haar wettelijke of feitelijke echtgeno(o)t(e), ouders, schoonouders (ouders van de wettelijke of feitelijke echtgeno(o)t(e)), nakomelingen, broers, zussen, zijn/haar wettelijke voogd, een persoon onder zijn/haar voogdij, die in het thuisland van de Verzekerde woont en die jonger is dan vijftientig (85) jaar.

2.6. Hulpverlening in geval van onderbreking in een professionele opdracht van de Verzekerde:

Bij onderbreking van een professionele opdracht van de Verzekerde ingevolge een gedekte gebeurtenis, vergoedt de BV de transportkosten die worden gemaakt door de onderneming waar de Verzekerde voor werkt, om een collega in staat te stellen de Verzekerde te vervangen en de onderbroken opdracht voort te zetten.

2.7. Ter plaatse sturen van geneesmiddelen

Wanneer de Verzekerde in het buitenland verblijft en geneesmiddelen nodig heeft die ter plaatse niet verkrijgbaar zijn:

- mits goedkeuring van de voorschrijvende huisarts van de Verzekerde, zal de BV de kosten voor het versturen van geneesmiddelen die ter plaatse niet beschikbaar zijn vergoeden, op voorwaarde dat deze onmisbaar is voor de lopende medische behandeling, dat er ter plaatse geen gelijkwaardige geneesmiddelen kunnen worden voorgeschreven en dat de nationale of internationale gezondheids- en douaneregels het versturen van dergelijke geneesmiddelen niet verbieden;
- de BV zal de Verzekerde deze producten binnen de kortst mogelijke termijn opsturen. De BV kan echter niet aansprakelijk worden gesteld voor de tijd die de transportondernemingen nodig hebben of voor een eventueel niet-beschikbaarheid van de geneesmiddelen. De Verzekerde verbindt zich ertoe de BV deze geneesmiddelen binnen een periode van drie maanden na ontvangst terug te betalen. Na het vervallen van deze periode is MA onder andere gerechtigd om legale kosten en rente in rekening te brengen.

2.8. Hulpverlening voor onvoorziene gebeurtenissen

2.8.1. Communicatie met de familie van de Verzekerde of het bedrijf waar de Verzekerde werkt

Als de Verzekerde niet langer kan communiceren met zijn/haar familie, zal de BV dringende berichten naar hun doorsturen als de Verzekerde erin slaagt om met de BV te communiceren.

2.8.2. Diefstal van identiteitspapieren, bank- en kredietkaarten, reistickets of professionele documenten:

Als de identiteitsdocumenten, kredietkaarten en/of reistickets van de Verzekerde zijn gestolen, moet de Verzekerde de diefstal binnen achtenveertig (48) uur aangeven bij de ambassade van zijn/haar Thuisland die zich het dichtst bij de plaats van de diefstal bevindt, en moet hij de BV een 'Ambassaderapport' of, indien er geen identiteitsdocumenten zijn gestolen, een politierapport bezorgen.

In een dergelijke situatie:

- kan de BV de Verzekerde advies geven over de te nemen stappen;
- kan de BV financiële instellingen contacteren met het oog op het blokkeren van de rekeningen, indien de Verzekerde de BV een schriftelijke volmacht faxt waarin hij/zij hiervoor toelating geeft;
- indien de Verzekerde over geen enkel betaalmiddel meer beschikt, geeft de BV hem/haar een voorschot voor een bedrag dat niet hoger is dan het maximumbedrag vermeld in het dekkingsoverzicht.

2.9. Psychologische ondersteuning

In geval van een ernstig trauma ingevolge 'een ziekte of ongeval/ gedekt ongeval', stelt de BV zijn helplijn ter beschikking, binnen de limieten van de in het dekkingsoverzicht vermelde bedragen.

2.10. Hulpverlening bij overlijden

Bij het overlijden van een Verzekerde, organiseert en vergoedt de BV:

- het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van inkisting naar de plaats van begrafenis in het land van herkomst of de begrafenis ter plaatse,
- de begrafenis kosten vereist voor het transport, binnen de limieten van de in het dekkingsoverzicht vermelde bedragen,
- de extra vervoerskosten van de Verzekerde familieleden van de overledene of van een verzekerde, die hem/haar begeleidt, voor zover door dit sterfgeval de oorspronkelijk voorziene middelen voor hun terugkeer niet meer gebruikt kunnen worden.

2.11. Bijkomende informatie – TRAVEL ORACLE

De BV stelt voor de Verzekerde een speciale internetsite ter beschikking met de gezondheids- en geopolitieke informatie over het geografische gebied van het Gastland. Dit omvat praktische informatie (feiten over het land, waarschuwingen, gezondheid, landenrisico, media, monitoring en evaluatie van risico's, reisadvies, vaccinatiemanager, vergaderingsplanningstool, weer en plaatselijke tijd, en een tool om munteenheden om te rekenen).

2.12. Uitsluitingen

Naast de algemene uitsluitingen voor alle dekkingen, zijn eveneens uitgesloten voor 'Medische Evacuatie en Bijstand':

- kosten gemaakt zonder de voorafgaande toestemming van de Hulpverleningsservice van de BV;
- de gevolgen:
 - van een lopende behandeling tijdens een reis ondernomen voor genezingsdoeleinden,
 - van aandoeningen die zich voordoen tijdens een reis die ondernomen is met het doel een diagnose,
 - van aandoeningen die zich voordoen tijdens een reis die ondernomen is met het doel een behandeling,
 - eventuele nawerkingen (controle, bijkomende behandeling, herval) van een ziekte die al in twee eerdere repatriëringen heeft geresulteerd
- de gevolgen van ziekten of goedaardige letsels die ter plaatse kunnen worden behandeld;
- psychiatrie;
- de gevolgen:
 - van situaties met een risico op infectie in een epidemische context,
 - van blootstelling aan besmettelijke biologische agentia,
 - van blootstelling aan chemische agentia van het oorlogsgastype,
 - van blootstelling aan neutraliserende agentia,
 - van blootstelling aan neurotoxische substanties of agentia met blijvende neurotoxische effecten, die onderworpen zijn aan quarantaine of preventieve maatregelen specifieke bewaking door de plaatselijke en/of nationale

gezondheidsverzekering in het land waarin de Verzekerde verblijft, behalve voor een plotse gebeurtenis na zijn/haar aankomst in het contaminatiegebied;

- deelname van de Verzekerde aan een sport als professional of onder een contract dat in een betaling voorziet, evenals de voorbereidende trainingen;
- het onvermogen van de Verzekerde om zich te houden aan officiële verboden, evenals het onvermogen van de Verzekerde om zich te houden aan officiële veiligheidsregels verbonden aan het beoefenen van een sport;
- de gevolgen van een ongeval tijdens de deelname van de Verzekerde aan een luchtsportactiviteit (met inbegrip van deltavliegers, zweefparachutisme, zweefvliegen) of een van de volgende sporten: skeletonsleeën, bobsleeën, skispringen, alpinisme, rotsklimmen, scubaduiken, speleologie, bungeejumpen, parachutespringen;
- kosten die niet expliciet aangeduid zijn als aanleidinggevend tot vergoeding, evenals restaurantkosten en alle onkosten waarvoor de Verzekerde geen bewijsmateriaal kan overleggen.

2.13. Wat te doen bij een schadegeval

2.13.1. Voor het aanvragen van hulpverlening

De Verzekerde moet de BV contacteren of een derde de BV laten contacteren, zodra zijn/haar situatie doet veronderstellen dat hij/zij een voortijdige terugkeer nodig heeft of kosten moet maken die binnen de omvang van de dekking van de BV vallen.

De diensten van de BV zijn 24 uur op 24, 7 dagen per week beschikbaar:

+32 3 217 69 78

De verzekerde zal onmiddellijk een dossiernummer krijgen en zal ermee instemmen om:

- zijn/haar polisnummer te geven (255/xxxxx), zoals vermeld op de verzekeringskaart;
- een adres en telefoonnummer op te geven waar de BV hem/haar kan bereiken, evenals de contactinformatie van de mensen die voor hem/haar zorgen,
- de artsen van de BV de toestemming te geven toegang te krijgen tot alle medische informatie over de Verzekerde of de persoon die de hulp van de BV nodig heeft.

2.13.2. Voor het verzoek van terugbetaling

Om de door de Verzekerde met de toestemming van de BV gemaakte kosten terugbetaald te krijgen, moet hij/zij alle documenten indienen op basis waarvan de BV en de Beheerder de geldigheid van zijn/haar claim kunnen bepalen.

Diensten die niet vooraf zijn aangevraagd en niet door de BV zijn georganiseerd, geven de Verzekerde geen recht op enige terugbetaling of compensatie.

2.13.3. Voor het vergoeden van transportkosten

Wanneer de BV transport organiseert en vergoedt dat binnen de omvang van zijn dekkingen valt, vindt dit plaats per trein (eerste klasse), en/of per vliegtuig (toeristenklasse) of per taxi, afhankelijk van de beslissing van de Hulpverleningsdienst van de BV. In dat geval wordt de BV de eigenaar van de oorspronkelijke tickets; de Verzekerde verbindt zich ertoe deze aan de BV terug te geven of de BV het bedrag te vergoeden dat aan hem/haar eventueel is terugbetaald door de instantie die deze reistickets heeft uitgegeven.

2.14. Kader van de bijstandsinterventies van de BV

De BV interenieert in het kader van de nationale en internationale wetten en reglementen en zijn prestaties zijn onderworpen aan het verkrijgen van de nodige toestemmingen van de verantwoordelijke administratieve autoriteiten.

De BV kan overigens niet verantwoordelijk worden gehouden voor vertragingen of belemmeringen in de uitvoering van de overeengekomen dienstverlening welke het gevolg zijn van overmacht of gebeurtenissen zoals stakingen, ongeregelde volksoptstanden, beperkingen van de vrije circulatie, sabotage, terrorisme, (burger)oorlog, de gevolgen van de effecten van radioactiviteit of van welke andere onverwachte omstandigheden dan ook.

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

3. Tandverzorging

	Basic	Comprehensive
Maximale jaarlijkse terugbetaling per Verzekerde	€ 3.000 £ 2.000 \$ 3.750 CHF 4.500	€ 5.000 £ 3.250 \$ 6.250 CHF 7.500
Basistandverzorging (periodieke controles, basisbehandelingen)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750
Ingrijpende tandheelkunde (orthodontische behandelingen, prothesen, bruggen, implantaten) Orthodontische behandelingen zijn alleen gedekt indien gestart voor de leeftijd van 15 jaar. Een wachtperiode van twaalf (12) maanden is van toepassing voor alle ingrijpende tandheelkunde voor particulieren.	60% max. € 1.500 60% max. £ 1.000 60% max. \$ 1.875 60% max. CHF 2.250	80% max. € 2.500 80% max. £ 1.625 80% max. \$ 3.125 80% max. CHF 3.750

3.1. Toelatingscriteria

De verzekering Tandverzorging kan uitsluitend afgesloten worden door personen die toegelaten werden tot de Internationale Medische Verzekering. De keuze voor aansluiting moet gemaakt worden:

- op gezinsniveau;
- op groepsniveau voor personeelsleden die door hun werkgever verplicht ingeschreven worden voor de verzekering.

Dit betekent dat de Verzekerde en zijn/haar verzekerde Personen ten laste die aanvaard worden voor de Internationale Medische Verzekering:

- al dan niet een verzekering voor Tandverzorging moeten afsluiten (d.w.z. ofwel alle familieleden / geëxpatrieerde werknemers, ofwel geen enkele);
- voor dezelfde Verzekeringsformule voor Tandverzorging moeten kiezen (Basic of Comprehensive).

Indien de verzekering Tandverzorging wordt afgesloten, moet dit voor minstens één (1) jaar gebeuren (tenzij het contract wordt opgezegd).

Kinderen jonger dan twee (2) jaar betalen geen premie en zijn niet gedekt voor tandverzorging.

Zodra de optie Tandverzorging geannuleerd wordt, kan ze achteraf niet hernieuwd worden.

3.2. Territoriaal verzekeringsgebied

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

Voor individuele polissen:

- Wereldwijde dekking
- Wereldwijde dekking met uitzondering van medische kosten opgelopen in de Verenigde Staten van Amerika (VS), Canada, China, Hong Kong en Singapore.

Voor groepspolissen:

- Wereldwijde dekking

- Wereldwijde dekking met uitzondering van medische kosten opgelopen in de Verenigde Staten van Amerika (VS) en Canada

Tijdens zakenreizen en vakanties echter, die in totaal niet langer duren dan negentig (90) dagen per Verzekeringsjaar, zijn medische kosten opgelopen in de uitgesloten landen als een rechtstreeks gevolg van een Ongeval of een Medisch Spoedgeval gedekt tot de limieten van de polis en tot maximaal negentig (90) dagen per verzekeringsjaar.

Indien de betrokken medische toestand al bestond vóór de reis naar een uitgesloten land en de reden was van de reis, dan worden de medische kosten niet gedekt.

3.3. Verzekeringsomvang

Alleen kosten die redelijk en gebruikelijk zijn komen in aanmerking voor terugbetaling, afhankelijk van de beperkingen en plafonds die in het Vergoedingsoverzicht worden vermeld:

3.3.1. Basistandverzorging

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

3.3.2. Ingrijpende tandheelkunde

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

3.4. Wachtperiode en leeftijdsbeperking

Een wachtperiode van twaalf (12) maanden is van toepassing voor alle ingrijpende tandheelkunde. (Van deze wachtperiode kan worden afgeweken voor groepen. Zulke afwijking is alleen geldig indien deze uitdrukkelijk vermeld staat in de Bijzondere Voorwaarden). Orthodontische behandelingen worden uitsluitend gedekt als ze vóór de leeftijd van vijftien (15) worden gestart en mits ze niet zijn onderbroken.

3.5. Andere bepalingen

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

4. Levensverzekering

4.1. Doel en toelatingscriteria

Het doel van de Levensverzekering is het garanderen van een forfaitair bedrag in geval van overlijden door welke oorzaak dan ook.

De Levensverzekering kan worden afgesloten door de expat alsook door zijn/haar volwassen echtgenoot/echtgenote in zoverre die persoon ook is opgenomen in en gedekt door de Internationale Medische Verzekering en niet ouder is dan zestig (60) jaar.

4.2. Verzakingsrecht

Indien de Polishouder om welke reden dan ook niet tevreden is met de overeenkomst over de Levensverzekering, kan hij/zij deze naar de Beheerder terugsturen binnen dertig (30) dagen vanaf de afleveringsdatum. De Verzekeraar zal de verzekering annuleren en zal alle betaalde premies aan de Polishouder terugbetalen, op voorwaarde dat er nog geen aanvragen tot terugbetaling van medische kosten zijn ingediend.

4.3. Uitbetaling forfaitair bedrag

Het forfaitair bedrag zal worden uitgekeerd aan de aangeduide begunstigden van de overleden Verzekerde zoals aangegeven op het formulier 'Aanduiding van begunstigden'.

De uitbetaling gaat door voor zover de dood van de Verzekerde plaats had voor zijn/haar vijfenzestigste (65ste) verjaardag. Er zullen geen uitbetalingen worden uitgevoerd indien de polis eindigt voor de dood van de Verzekerde.

4.4. Omvang van het verzekerd bedrag

De omvang van het verzekerd bedrag wordt gepreciseerd in de Bijzondere Voorwaarden. Minimaal echter wordt een bedrag verzekerd van EUR 50.000 / GBP 32.000 / USD 62.500 / CHF 75.000 en dit kan worden verhoogd tot een maximaal bedrag van EUR 500.000 / GBP 325.000 / USD 625.000 / CHF 750.000. Premies en schadevergoedingen (vast bedrag) worden berekend op basis van de Verzekerde bedragen.

4.5. Bijkomende uitsluitingen

Naast de algemene uitsluitingen zoals vermeld in Artikel 1-11 en 1-12 van de Algemene Polisvoorwaarden, zijn de volgende uitsluitingen van toepassing op de Levensverzekering:

- de gevolgen van zelfmoord of zelfmoordpogingen;
- overlijden veroorzaakt door een toestand van dronkenschap of onder invloed van niet-voorgeschreven medicatie;
- - overlijden veroorzaakt door ioniserende stralingen anders dan de medische stralingen nodig voor een gedekte medische behandeling;

4.6. Verplichting van de Verzekerde

Bij aanvang van de polis dient de Polishouder de Beheerder het formulier 'Aanduiding van begunstigden' te bezorgen, correct ingevuld en ondertekend door de verzekerde werknemer.

In geval van overlijden zal de Verzekeraar een forfaitair bedrag uitkeren aan de aangeduide begunstigden van de Verzekerde of aan de wettelijke erfgenaam/erfgenamen voor het geval er geen begunstigden werden opgegeven op het bovengenoemde formulier.

- - een kopie van de geboorteakte van de overledene of een certificaat van diens burgerlijke staat;
- een origineel attest van overlijden;
- - een medisch attest opgesteld door een arts waarin de doodsoorzaak wordt vermeld;
- - de Bijzondere Voorwaarden van de polis van de Verzekerde.

De bewijslast ligt bij de begunstigden.

5. Overlijden en Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval

5.1. Doel en toelatingscriteria

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

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

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

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

5.2.1. Tijdslimiet waarbinnen het ongeval moet worden aangegeven

Elk Ongeval dat een blijvende invaliditeit of het overlijden van de Verzekerde tot gevolg heeft of ertoe kan leiden, moet schriftelijk aan de Verzekeraar of de Beheerder worden meegedeeld binnen veertien (14) dagen nadat het Ongeval zich heeft voorgedaan.

De ongevalsaangifte moet gedetailleerde informatie bevatten met betrekking tot de oorzaak van het ongeval en de aard van de letsels.

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

Indien de Verzekerde ten gevolge van een ongeval overlijdt, en dit binnen de twaalf (12) maanden volgend op het ongeval dat aan de basis ligt van het overlijden, zal aan de aangeduide begunstigden van de overleden verzekerde die vermeld staan in het formulier 'Aanduiding van begunstigden', een vast bedrag worden uitbetaald.

In het geval van blijvende Invaliditeit, moet de Invaliditeit medisch erkend worden ten laatste 1 jaar na de datum van het Ongeval. Als de toestand van de Verzekerde echter niet volledig is gestabiliseerd twee (2) jaar na het ongeval, zal de graad van blijvende Invaliditeit worden bepaald op basis van de gezondheidstoestand van de Verzekerde op het einde van deze periode van twee (2) jaar.

5.3. Omvang van het verzekerd bedrag

De omvang van het verzekerd bedrag wordt gepreciseerd in de Bijzondere Voorwaarden. Minimaal echter wordt een bedrag verzekerd van EUR 50.000 / GBP 32.500 / USD 62.500 / CHF 75.000 en dit kan worden verhoogd tot een maximaal bedrag van EUR 500.000 / GBP 325.000 / USD 625.000 / CHF 750.000. Premies en schadevergoedingen (vast bedrag) worden berekend op basis van de Verzekerde bedragen.

5.4. Dekking

5.4.1. Overlijden ten gevolge van een ongeval

In het geval van overlijden van de Verzekerde, veroorzaakt door een ongeval, zal het vast bedrag dat door de verzekeraar zal moeten betaald worden aan de begunstigden van de Verzekerde gelijk zijn aan honderd (100)% van de Verzekerde som, waarvan het bedrag vermeld staat in de Bijzondere Voorwaarden. Indien de Verzekeraar een vergoeding voor blijvende Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval betaalde, zal de vergoeding die verschuldigd is indien de Verzekerde uiteindelijk overlijdt (binnen de tijdsspanne vermeld in Art. II-5.2.) als gevolg van hetzelfde Ongeval dat tot de Invaliditeit heeft geleid, worden verminderd met het bedrag dat al voor die Invaliditeit is betaald.

5.4.2. Invaliditeit ten gevolge van een Ongeval

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

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

5.5.1. Invaliditeitstabel

De volgende Invaliditeitstabel zal worden gebruikt om de graad van Invaliditeit te bepalen:

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

Volledig verlies van beweeglijkheid van de elleboog:		
a) in een ongunstige positie	40%	35%
b) in een gunstige positie	25%	20%
Niet-geconsolideerde breuk van de voorarm (vorming van onderliggende artrose)		
a) beide beenderen	25%	20%
b) slechts één been	10%	8%
Volledig verlies van beweeglijkheid van de pols		
a) in een ongunstige positie (flexie, geforceerde extensie of supinatie)	40%	30%
b) in een gunstige positie (recht of met de handpalm omlaag)	20%	15%
Amputatie van een duim		
a) volledig	20%	18%
b) gedeeltelijk (nagelkootje)	10%	8%
Ankylose van een duim		
a) volledig	15%	12%
b) gedeeltelijk (nagelkootje)	10%	8%
Amputatie van een wijsvinger:		
a) volledig	16%	14%
b) twee vingerkootjes	12%	10%
c) één vingerkootje	6%	5%
Amputatie van een tweede vinger	12%	10%
Amputatie van een derde vinger	10%	8%
Amputatie van een vierde vinger	8%	6%
Volledige verlamming van een onderste ledemaat	60%	
Volledige verlamming van de interne nervus popliteus ischiaticus	30%	
Volledige verlamming van de externe nervus popliteus ischiaticus	30%	
Volledige verlamming van beide nervi poplitei ischiatici	40%	
Verkorting van een onderste ledemaat		
a) minstens 5 cm	30%	
b) tussen 3 en 5 cm	20%	
c) tussen 1 en 3 cm	10%	
Volledige ankylose van de heup:		
a) in een slechte positie (flexie, adductie of abductie)	60%	
b) in een rechte positie	40%	
Amputatie van de dij:		
a) bovenste helft en been	60%	
b) onderste helft en been	50%	
Niet-geconsolideerde breuk van de dij of beide beenderen van het been (vorming van onderliggende artrose)	50%	
Volledige ankylose van de knie:		
a) in flexie (vanaf 130 graden)	50%	
b) recht of bijna recht	25%	
Chronische gonartrose volgens de graad van spieratrofie	3 tot 20%	

Niet-geconsolideerde breuk van de knieschijf met grote spreiding van de botfragmenten en aanzienlijke moeilijkheden om het been vanaf de dij te strekken	40%
Amputatie van een been	50%
Tibio-tarsale ankylose	15%
Amputatie van een voet:	
a) volledig (tibio-tarsale ontwrichting)	50%
b) sub-astragaal	40%
c) medio-tarsaal	35%
d) tarso-metatarsaal	30%
Amputatie van alle tenen	20%
Amputatie van de grote teen	10%
Amputatie van een teen verschillend van de grote teen	3%
Ankylose van de grote teen	3.5%

5.5.2. Blijvend karakter van de Invaliditeit

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

5.5.3. Voorafbestaande aandoeningen (Bestaande kwalen en aandoeningen)

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

5.5.4. Maximumgraad van Invaliditeit

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

5.5.5. Verschillende letsels aan eenzelfde ledemaat

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

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

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

5.5.7. Volledig verlies van het gebruik van een ledemaat

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

5.5.8. Linkshandigen

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

5.5.9. Verzwarende feiten

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

5.6. Bijkomende uitsluitingen

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

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

5.7. Verplichtingen te vervullen door de Verzekerde

5.7.1. Ongevalsangifte

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

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

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

5.7.2. Wijzigingen in de omvang van de arbeidsongeschiktheid

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

5.7.3. Medische informatie

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

5.7.4. Overmacht

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

5.8. Betaling van de uitkering

Bij de aanvang van de polis, zal de Polishouder aan de Beheerder het formulier 'Aanduiding van begunstigten' bezorgen, door de Verzekerde behoorlijk ingevuld en ondertekend. In geval van overlijden ten gevolge van een Ongeval zal de Verzekeraar een forfaitair bedrag uitkeren aan de aangeduide begunstigten van de Verzekerde (of aan de wettelijke erfgenaam (erfgenamen) als er op het bovengenoemde formulier geen begunstigten zijn opgegeven) binnen één (1) maand na ontvangst van:

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

Voordat de schade kan worden uitbetaald, moet het oorzakelijk verband tussen het ongeval en het overlijden zijn aangetoond. De bewijslast ligt bij de begunstigten. In het geval van blijvende Invaliditeit veroorzaakt door een Ongeval, zal de Verzekeraar het vaste bedrag uitbetalen aan de Verzekerde. De volgende documenten moeten aan de Beheerder worden bezorgd:

- de documenten vermeld in Art. II-5.7.1.;
- een kopij van de geboorteakte van de betrokken verzekerde of een attest van burgerlijke staat;
- een gedetailleerd medisch verslag, opgesteld door de behandelende Arts, waarin de oorzaak van de Invaliditeit staat vermeld, vergezeld van alle relevante documenten die nodig zijn om de Invaliditeit nauwkeurig te kunnen vaststellen (Art. II-5.5.).

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

6. Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid

6.1. Doel en toelatingscriteria

Het doel van de Verzekering Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid is om, na een wachtperiode die hierna wordt gedefinieerd, aan de Verzekerde gedurende een periode van maximum twee (2) jaar een maandelijkse uitkering te garanderen in het geval dat de Verzekerde volledig in de onmogelijkheid verkeert om zijn/ haar professionele bezigheden uit te oefenen. De verzekering Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid kan enkel worden afgesloten door de individuele Polishouder of de expat-werknemer en is niet beschikbaar voor zijn/haar Personen ten laste (echtgenoot/echtgenote of wettelijke partner/kinderen).

6.2. Medische aanvaarding tot de verzekering

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

6.3. Vergoeding Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid

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

6.4. Wachtijd

De uitkering gebeurt na een wachttijd van negentig (90) dagen (waarbinnen er geen verplichting tot vergoeding is) van ononderbroken volledige ongeschiktheid tot het uitoefenen van de eigen professionele activiteiten. De wachttijd zal aanvangen op de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid, zoals bepaald door de behandelende arts.

6.5. Vaststelling van de arbeidsongeschiktheid

De arbeidsongeschiktheid moet door voldoende medisch bewijs onderbouwd zijn om door de Verzekerde of zijn/haar arts voorgelegd te kunnen worden aan de raadsgeneesheer van de Verzekeraar. De raadsgeneesheer van de Verzekeraar heeft het recht om relevante bijkomende informatie te vragen en/of de Verzekerde te laten onderwerpen aan een medisch onderzoek om de arbeidsongeschiktheid te kunnen vaststellen op het moment dat de arbeidsongeschiktheid begint en, op regelmatige basis, tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid en zolang de (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt betaald. De Verzekeraar heeft het recht om de Verzekerde te verwijzen naar een door de Verzekeraar aangestelde externe arts, om een aanvullend medisch rapport over de arbeidsongeschiktheid te ontvangen.

6.6. Bedrag en duurtijd van de vergoedingen

Het bedrag van de maandelijkse uitkering in geval van volledige ongeschiktheid van de Verzekerde om zijn/haar eigen professionele activiteiten uit te oefenen, staat vermeld in de Bijzondere Voorwaarden. Het minimaal te verzekeren bedrag is 1.000 EUR/650 GBP/ 1.250 USD/1.500 CHF (maandelijkse uitkering). Het verzekerde bedrag kan niet hoger zijn dan 80% van het bruto (Maand)Salaris van de Verzekerde, noch kan het hoger zijn dan 10.000 EUR/ 6.500 GBP/12.500 USD/15.000 CHF per maand. De Polishouder zal aan de Beheerder een kopij van de laatste officiële loonstaat van de Verzekerde voorleggen. Na de wachttijd van negentig (90) dagen, zal de uitkering worden uitbetaald zo lang de Verzekerde ongeschikt is om zijn/haar beroep uit te oefenen, evenwel beperkt tot een maximumduur van twee (2) jaar.

6.7. Gedeeltelijke werkhervatting

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

6.8. Hervallen

Bij het hervallen, zal de uitkering opnieuw worden uitbetaald zonder dat er een nieuwe wachttijd wordt toegepast. Met 'hervallen' wordt bedoeld: een arbeidsongeschiktheid die zich manifesteert binnen de drie (3) maanden na het einde van de arbeidsongeschiktheid verzekerd in dit contract, en die is veroorzaakt door dezelfde Ziekte of hetzelfde Ongeval. Elke bijkomende arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van een andere oorzaak is onderhevig aan een nieuwe wachttijd van negentig (90) dagen.

6.9. Betaling van de vergoeding

De uitkering in het kader van de arbeidsongeschiktheid zal op het einde van de maand aan de Verzekerde betaald worden en voor de eerste (1ste) keer op het einde van de maand volgend op het verstrijken van de wachttijd. Als de arbeidsongeschiktheid eindigt in de loop van een (1) maand, zal de uitkering proportioneel worden uitgekeerd in verhouding tot het aantal verlopen dagen van die maand. De betalingen zullen een einde nemen wanneer één van de volgende gelegenheden zich voordoet:

- wanneer de graad van arbeidsongeschiktheid lager wordt dan dertig (30)%;
- bij het overlijden van de Verzekerde;
- aan het einde van de periode van twee (2) jaar van betalingen van de uitkeringen;
- op de eerstkomende vervalddag van de polis na de vijftenzestigste (65ste) verjaardag van de Verzekerde;
- wanneer de Verzekerde de werkzaamheden volledig hervat.

6.10. Bijkomende uitsluitingen

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

6.10.1. Bevallingsverlof en geboorte

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

6.10.2. Gevaarlijke sporten

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

- rugby;
- wintersportcompetities en -wedstrijden;
- vliegsporten (behalve ballonvaren);
- jacht op groot wild (inclusief safari);
- speleologie, grotduiken en tecduiken;
- alpinisme, indien dit niet op officiële trajecten geschiedt;
- racen met motorvoertuigen op het land of het water (met uitzondering van niet-competitieve recreatieve jetski, recreatief waterskiën of toeristische rally's waarvoor geen tijds- of snelheidsnormen worden opgelegd);
- raften, canyoning, bungeejumpen, kitesurfen en gelijkaardige sporten.

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

6.11.1. Mededeling van de arbeidsongeschiktheid

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

6.11.2. Wijzigingen in de omvang van de arbeidsongeschiktheid

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

Tijdens de periode van volledige arbeidsongeschiktheid kan de medisch adviseur van de Verzekeraar, naar zijn goeddunken, een gedetailleerd medisch rapport opvragen (een opvolgingsrapport) van een gespecialiseerde arts, om de omvang van de arbeidsongeschiktheid te beoordelen.

6.11.3. Medische informatie

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

6.11.4. Overmacht

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

7. Blijvende Arbeidsongeschiktheid

7.1. Doel en toelatingscriteria

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

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

De Blijvende Arbeidsongeschiktheid kan enkel worden onderschreven als een bijkomende verzekering (supplement) aan de Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid. De verzekering Blijvende Arbeidsongeschiktheid kan enkel worden afgesloten door de individuele Polishouder of de expat-werknemer en is niet beschikbaar voor zijn/haar Personen ten laste (echtgenoot/echtgenote of wettelijke partner/kinderen).

7.2. Medische aanvaarding tot de verzekering

De kandidaat-Verzekerde kan slechts een verzekering Blijvende Arbeidsongeschiktheid afsluiten als hij tot de verzekering wordt toegelaten door de raadsgeneesheer van de Verzekeraar. Wanneer de aansluitingsdatum voor de dekking Blijvende Arbeidsongeschiktheid later is dan de aansluitingsdatum voor de Internationale Medische Verzekering en/of de dekking Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid, moet een nieuwe medische vragenlijst ingevuld en ondertekend worden.

7.3. Definitie van Blijvende Arbeidsongeschiktheid (ten gevolge van een ziekte of ongeval)

7.3.1. Arbeidsongeschiktheid

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

- zijn/haar bekwaamheid om te werken, i.e. de mogelijkheid om zijn/haar normale beroepsactiviteiten uit te oefenen (beroep op het ogenblik dat de ongeschiktheid begon) of eender welke winstgevende activiteit waarvoor hij/zij redelijkerwijze geschikt is door training, opleiding of ervaring;
en
- zijn/haar bekwaamheid om te functioneren in het algemeen verminderd is door de desbetreffende Ziekte of Ongeval. Om in aanmerking te kunnen komen voor de verzekerde schadevergoeding moet er medisch worden vastgesteld dat de Arbeidsongeschiktheid van de Verzekerde van blijvende aard is en dat de graad van (de combinatie van) de Arbeidsongeschiktheid en functionele Invaliditeit hoger ligt dan 33,33% gebaseerd op de hierna vermelde Invaliditeitstabel (Art. II-7.5.).

7.3.2. Blijvende Invaliditeit

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

7.4. Wachtijd

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

7.5. Bepalen van de graad van Arbeidsongeschiktheid

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

Graad van Arbeidsongeschiktheid	Graad van functionele Invaliditeit								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%						36.59	40.00	43.27	46.42
20%				36.94	41.60	46.10	50.40	54.51	58.48
30%			36.54	42.17	47.62	52.78	57.69	62.40	66.94
40%			40.00	46.20	52.42	58.09	63.50	68.68	73.68
50%		35.57	43.09	50.00	56.46	62.57	68.40	73.99	79.37
60%		37.80	45.79	53.13	60.00	66.49	72.69	78.62	84.34
70%		39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.79	88.79
80%		41.60	50.40	58.48	66.04	73.19	80.00	86.54	92.83
90%		43.27	52.42	60.82	68.68	76.12	83.20	90.00	96.55
100%	34.20	44.81	54.29	63.00	71.14	78.84	86.18	93.22	100.00

7.6. Bedrag en duurtijd van de vergoedingen

7.6.1. Berekening van het bedrag van de maandelijkse arbeidsongeschiktheidsuitkering

Verzekerde uitkering

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

Het minimaal te verzekeren bedrag is 1.000 EUR/650 GBP/ 1.250 USD/1.500 CHF (maandelijkse uitkering). Het verzekerde bedrag kan niet hoger zijn dan 80% van het bruto (Maand)Salaris van de Verzekerde, noch kan het hoger zijn dan 10.000 EUR/ 6.500 GBP/12.500 USD/15.000 CHF per maand.

Graad van Blijvende Arbeidsongeschiktheid lager dan 33,33%

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

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

Als de graad van Arbeidsongeschiktheid, zoals bepaald in overeenstemming met de bepalingen van Art. II-7.3. en Art. II-7.5. hierboven, zich situeert tussen 33,33% en 66,67%, zal het bedrag van de uitkering als volgt worden berekend:

$((3 \times n) - 1) \times$ verzekerde uitkering, waarbij 'n' de graad van arbeidsongeschiktheid is (%).

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

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

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

De Verzekeraar zal aan de Verzekerde een eenmalige bijkomende vergoeding van EUR 25.000 / GBP 16.250 / USD 31.250 / CHF 37.500 (eenmalig vast bedrag) betalen, als van bij het begin van de Invaliditeit (d.w.z. vanaf het moment dat de Invaliditeitsuitkering wordt uitbetaald) de graad van Blijvende Invaliditeit 66,67% overschrijdt, en als de

Verzekerde, van bij de aanvang van de Invaliditeit, bijstand nodig heeft van een derde teneinde de volgende handelingen in het dagelijks leven te kunnen uitvoeren:

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

7.6.3. Jaarlijkse aanpassing van de Arbeidsongeschiktheiduitkering (indexering)

De maandelijkse arbeidsongeschiktheidsuitkering zal onderworpen worden aan een jaarlijkse stijging van twee (2)%. Deze aanpassing zal voor de eerste keer gebeuren aan het einde van de eerste maand van het eerste (1ste) kalenderjaar volgend op de eerste (1ste) vergoeding waarop de Verzekerde recht heeft.

7.6.4. Duurtijd van de vergoeding

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

- de leeftijd van vijftenzestig (65) jaar bereikt;
- overlijdt;
- terug begint te werken;

welke gebeurtenis ook eerst plaats vindt.

7.7. Betaling van de vergoeding

De arbeidsongeschiktheidsuitkering zal maandelijks worden uitbetaald, op het einde van elke maand. Vooraleer ook maar één (1) betaling kan worden uitgevoerd, moet de Beheerder een kopij hebben ontvangen van het geboortecertificaat of een attest van burgerlijke staat van de Verzekerde.

7.8. Bijkomende uitsluitingen

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

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

- rugby;
- wintersportcompetities en -wedstrijden;
- vliegsporten (behalve ballonvaren);
- jacht op groot wild (inclusief safari);
- speleologie, grotduiken en tecduiken;
- alpinisme, indien dit niet op officiële trajecten geschiedt;
- racen met motorvoertuigen op het land of het water (met uitzondering van niet-competitieve recreatieve jetski, recreatief waterskiën of toeristische rally's waarvoor geen tijds- of snelheidsnormen worden opgelegd);
- raften, canyoning, bungeejumpen, kitesurfen en gelijkaardige sporten.

7.9. Verplichtingen te vervullen door de Verzekerde

7.9.1. Vaststelling van de arbeidsongeschiktheid – medische informatie

De arbeidsongeschiktheid moet worden gestaafd door voldoende medisch bewijs dat door de Verzekerde of zijn/ haar arts overhandigd moet worden aan de raadsgeneesheer van de Verzekeraar.

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

De raadsgeneesheer van de Verzekeraar heeft het recht om bijkomende relevante informatie te vragen en/of de Verzekerde een medisch onderzoek te laten ondergaan om de arbeidsongeschiktheid te kunnen vaststellen op het op het moment dat de arbeidsgeschiktheid begint en, op regelmatige basis, tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid en zolang de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt betaald.

7.9.2. Wijzigingen in de omvang van de arbeidsongeschiktheid

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

ALGEMENE VOORWAARDEN

Als u meer informatie wenst, neem dan met ons contact op.

Cigna expatplus

P.O.Box 69

2140 Antwerpen

België

Tel.: + 32 3 217 65 29

Fax + 32 3 663 73 14

info@expatplus.com

www.expatplus.com

