

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (A.V.V.)

VAN TOEPASSING OP MEDISCHE KOSTEN

DKV HOSPI PREMIUM, DKV HOSPI FLEXI, DKV HOSPI SELECT, DKV MEDI PACK, HORIZON (doelplan DKV Hospi Premium)

EDITIE 01/2019

INHOUD

DEFINITIES	Artikels 1-15
VERZEKERBAARHEID	Artikel 16
VERZEKERINGSCONTRACT, -PLAN EN -WAARBORG	
- Afsluiting van het verzekeringscontract	Artikel 17
- Duur van het verzekeringscontract	Artikel 18
- Einde van het verzekeringscontract	Artikel 19
- Voortzettingrecht van het verzekeringscontract	Artikel 20
- Begin van de verzekeringswaarborg	Artikel 21
- Uitsluitingen van de verzekeringswaarborg	Artikel 22
- Einde van het verzekeringsplan	Artikel 23
- Einde van de verzekeringswaarborg	Artikel 24
RECHT OP UITKERING	Artikel 25
VERZEKERINGSGEVAL	Artikel 26
VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE VERZEKERDE	Artikel 27
DE PREMIE	Artikel 28
AANPASSING VAN DE PREMIE, DE VRIJSTELLING, DE PRESTATIES EN VAN DE ALGEMENE EN TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN	Artikel 29
VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER, VAN DE VERZEKERDE EN VAN DE VERZEKERAAR	Artikel 30
DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISME	Artikel 31
EINDBEPALINGEN	Artikel 32

DEFINITIES

Er wordt verstaan onder:

1. VERZEKERAAR

DKV Belgium N.V., RPR 0414858607 verzekeringsonderneming toegelaten onder het nummer 739.

2. VERZEKERINGNEMER

De natuurlijke of rechtspersoon die, eventueel handelend voor rekening van de verzekerde personen, met de verzekeraar het verzekeringscontract afsluit en instaat voor de betaling van de premie.

3. VERZEKERINGSCONTRACT

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

4. VERZEKERDE

De persoon op wie het risico rust en die de begunstigde is van het verzekeringscontract.

5. VERZEKERINGSPLAN

De verzekeringswaarborg tot vergoeding van schade.

6. VERZEKERINGSGEVAL

Het voorwerp van de verzekeringswaarborg, zoals bepaald in de polis.

7. ZIEKTE

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

8. BEVALLING

De gebeurtenis waarbij een kind geboren wordt.

9. ONGEVAL

Een plotseling optredende en onvrijwillige gebeurtenis die een lichamelijk letsel bij de verzekerde veroorzaakt waarvan de oorzaak of één der oorzaken buiten diens organisme ligt.

10. ZIEKENHUIS

Het ziekenhuis is de instelling voor gezondheidszorg, erkend overeenkomstig art. 2 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008, waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.

Wordt ook beschouwd als een ziekenhuis: een palliatieve instelling of een revalidatiecentrum, indien erkend als ziekenhuis door het RIZIV.

Worden niet beschouwd als een ziekenhuis:

- een rusthuis en een rust- en verzorgingstehuis of een andere instelling die huisvesting bieden aan bejaarden, herstellenden of kinderen met inbegrip van deze die deel uitmaken van een ziekenhuis;
- een psychiatrisch verzorgingstehuis;
- een medisch-pedagogische instelling;
- een instelling bestemd voor kuurbehandelingen bijvoorbeeld thermale en dieetkuren, thalassotherapie, ontwenningkuren;
- het beschut wonen;
- een sanatorium en een preventorium.

11. WACHTTIJD

De periode die aanvangt op de begindatum van het verzekeringsplan en tijdens dewelke de verzekeraar geen prestaties verschuldigd is. Het bestaan en de duur van de wachttijd worden nader bepaald in de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.) van het desbetreffende verzekeringsplan.

12. VRIJSTELLING

Het gedeelte van de gedekte kosten dat ten laste blijft van de verzekerde en waarmee de tussenkomst van de verzekeraar wordt verminderd, ook genoemd de persoonlijke bijdrage van de verzekerde.

13. JAARLIJKSE VERVALDATUM

De hoofdvervaldag zoals bepaald in de polis.

14. VERZEKERINGSJAAR

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract. Indien de begindatum van een onderschreven verzekeringsplan niet samenvalt met de jaarlijkse vervaldatum van een lopend verzekeringscontract, is het eerste verzekeringsjaar samengesteld door het aantal maanden gelegen tussen de begindatum van het verzekeringsplan en de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.

15. PREMIE

Het bedrag, inclusief alle verzekeringstaksen, belastingen, wettelijke bijdragen en lasten, verschuldigd als tegenprestatie voor de verbintenissen van de verzekeraar in uitvoering van het verzekeringscontract.

VERZEKERBAARHEID

16. Zijn verzekeraar, de natuurlijke personen die beantwoorden aan alle verzekeraarvoorwaarden zoals bepaald in de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.).

De verzekeraar kan personen die een verhoogd risico uitmaken verzekeren aan bijzondere voorwaarden.

VERZEKERINGSCONTRACT, -PLAN EN -WAARBORG

17. AFSLUITING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringcontract is afgesloten, na de uitgifte van de polis, door betaling van de eerste jaarpremie of overeengekomen deelpremie. De betaling van de premie houdt in dat de verzekeringnemer de voorwaarden van het verzekeringcontract aanvaardt.

18. DUUR VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringcontract wordt levenslang afgesloten.

19. EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Het verzekeringcontract eindigt met:

- 19.1. opzegging door de verzekeringnemer, schriftelijk (via aangetekende brief, via deurwaardersexploot, of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs) of elektronisch (e-mail), op het einde van elk verzekeringsjaar mits inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden. De beëindiging van het verzekeringcontract heeft uitwerking op de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringcontract;
- 19.2. opzegging door de verzekeringnemer, schriftelijk of elektronisch, binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de premie en/of van de A.V.V. en/of T.V.V., opgelegd door de toezichthoudende overheden, die tenminste 4 maanden voor de jaarlijkse vervaldatum van het lopende verzekeringcontract is gebeurd. De beëindiging van het verzekeringcontract heeft uitwerking op de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringcontract;
- 19.3. opzegging door de verzekeringnemer, schriftelijk of elektronisch binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de premie en/of van de A.V.V. en/of T.V.V., opgelegd door de toezichthoudende overheden, indien de mededeling gebeurt minder dan 4 maanden voor de jaarlijkse vervaldatum van het lopende verzekeringcontract. De beëindiging heeft uitwerking één maand volgend op de dag na de mededeling of volgend op de datum van ontvangst of, in het geval van een aangetekend schrijven, volgend op de dag na de levering aan de post;
- 19.4. opzegging door de verzekeraar via aangetekende brief in geval van bedrog of poging tot bedrog, vastgesteld in hoofde van de verzekeringnemer en/of de verzekerde ;
- 19.5. opzegging door de verzekeraar, via aangetekende brief bij premiewanbetaling. Deze opzegging bij premiewanbetaling gaat pas in ten vroegste 15 dagen na de datum van schorsing van de waarborg ten gevolge van een ingebrekestelling via aangetekende brief, die de vervaldag, het bedrag van de premie en de gevolgen van de premiewanbetaling inhoudt.

Het einde van het verzekeringcontract kan worden beperkt tot één of meerdere onderschreven verzekeringplannen voor één of meerdere verzekerden.

20. INDIVIDUEEL VOORTZETTINGSRECHT VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

- 20.1. De verzekeringnemer brengt de verzekeraar, schriftelijk of elektronisch, op de hoogte van het tijdstip waarop een verzekerde het verzekeringcontract verlaat en van diens nieuwe woonplaats en dit, binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf dit tijdstip.
- 20.2. De verzekeraar doet de verzekerde binnen de 30 dagen een aanbod tot voortzetting van het verzekeringcontract.
- 20.3. De verzekerde beschikt over een termijn van 60 dagen, vanaf het ogenblik van ontvangst van het verzekeringaanbod van de verzekeraar, om de voortzetting van het verzekeringcontract schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht om het aanbod te aanvaarden.
- 20.4. Indien de verzekerde binnen de 60 dagen het verzekeringaanbod aanvaardt, wordt het verzekeringcontract ononderbroken en zonder risicobeoordeling voortgezet met ingang vanaf de eerste dag volgend op het einde van het verzekeringplan.
- 20.5. Het voortzettingsrecht is niet van toepassing indien het verzekeringcontract eindigt overeenkomstig artikel 19.1 t.e.m. 19.5 behoudens voorafgaandelijk akkoord van de verzekeraar.

21. BEGIN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg begint op de begindatum van het verzekeringplan bepaald in de polis, voor zover de wachttijden verstreken zijn.

22. UITSLUITINGEN VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg omvat niet de kosten die verband houden met de hierna genoemde gevallen, alsook alle gevolgen ervan:

- 22.1. een ongeval dat zich heeft voorgedaan, een ziekte waarvan de symptomen zijn opgetreden of een zwangerschap die zich heeft gemanifesteerd voor de begindatum van de verzekeringswaarborg of in geval van bedrog of poging tot bedrog tussen de begindatum van het verzekeringplan bepaald in de polis en de uitgiftedatum van de polis. Niettemin wordt de waarborg verleend indien deze verzekeringsgevallen optreden na een periode van tenminste 2 jaar te rekenen vanaf de begindatum van de verzekeringswaarborg, behoudens indien bij het afsluiten van het verzekeringcontract, het ongeval, de ziekte of haar gekende symptomen niet ter beoordeling van het risico aan de verzekeraar werden meegedeeld (met andere woorden de opzettelijke verzwijging of het opzettelijk onjuist meedelen);
- 22.2. een ziekte of een ongeval voortvloeiend uit een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong, indien is aangetoond dat de verzekerde er actief heeft aan deelgenomen;
- 22.3. een opzettelijke of roekeloze daad van de verzekerde, tenzij deze het bewijs voorlegt dat het een geval betreft van wettige verdediging. De opzettelijke daad is de vrijwillig en bewust gestelde handeling met de bedoeling om schade te veroorzaken. Een roekeloze daad is een risicovolle en onvoorzichtige handeling die bewust of op een onbezonnen manier wordt begaan;
- 22.4. een poging tot zelfdoding en zelfdoding;
- 22.5. alcoholisme, toxicomanie, het gebruik van doping, het overmatig gebruik van geneesmiddelen (tenzij op medisch voorschrift). Het gebruik van geneesmiddelen dat niet conform is met de indicaties van de wetenschappelijke bijsluiters (tenzij de verzekeraar de dekking ervan uitdrukkelijk en schriftelijk heeft aanvaard). Ziekten of ongevallen – en hun gevolgen – opgetreden bij de verzekerde terwijl hij zich in een staat van dronkenschap, strafbare intoxicatie of andere soortgelijke toestand dat het gevolg is van andere producten dan alcoholische dranken bevindt, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestanden en de behandeling;
- 22.6. een preventieve behandeling, een sterilisatie, een contraceptie, een vaccinatie;
- 22.7. medisch begeleide vruchtbaarheidsbehandelingen;
- 22.8. commercieel draagmoederschap;
- 22.9. een esthetische behandeling, behalve reconstructieve plastische heelkunde op voorwaarde dat het prijsbestek voorafgaandelijk is goedgekeurd door de verzekeraar;
- 22.10. refractieve oogheelkunde;
- 22.11. functionele of subjectieve stoornissen, waarvan of de oorzaak en de symptomen niet medisch objectiveerbaar zijn, of de behandeling of de therapie niet vereist is vanuit een puur medisch standpunt;
- 22.12. een psychotherapeutische behandeling, behalve indien verstrekt door een psychiater;

23. EINDE VAN HET VERZEKERINGSPLAN

Het verzekeringplan eindigt:

- 23.1. voor alle verzekerden bij het einde van het verzekeringcontract;
 - 23.2. voor de verzekerde waarop de beschreven omstandigheid van toepassing is:
 - 23.2.1. bij overlijden;
 - 23.2.2. bij het uittreden uit het verzekeringcontract;
 - 23.2.3. bij bedrog of poging tot bedrog; zo:
 - wordt het verzekeringcontract vernietigd in geval van opzettelijke verzwijging of opzettelijk onjuist meedelen van het te dekken risico;
 - wordt de verzekeringswaarborg geweigerd of verminderd in geval van nalatigheid door de verzekerde met betrekking tot de verplichtingen voorzien in art. 27, indien dit een nadeel inhoudt voor de verzekeraar;
 - wordt het verzekeringcontract opgezegd in geval van schriftvervalsing of oplichterij.
 - 23.2.4. bij het niet meer vervuld zijn van de verzekeringswaarborgvoorwaarden.
- Het verzekeringplan eindigt niet om redenen die verband houden met de verwezenlijking of verzwaring van het verzekerde risico, of met de veroudering of het bereiken van een bepaalde leeftijd van de verzekerde.

24. EINDE VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De verzekeringswaarborg eindigt tegelijk met het einde van het verzekeringsplan. De verzekeringswaarborg voor de lopende schadegevallen wordt bepaald in de T.V.V.

RECHT OP UITKERING

25. De verzekeraar, de verzekeringnemer en de verzekerde werken samen om het recht op uitkering te bepalen, aan de hand van de verstrekte informatie. De verzekeringnemer en de verzekerde stemmen in dat de verzekeraar de nodige informatie inwint en verbinden zich ertoe om samen te werken met het oog op de correcte uitvoering van de vereiste maatregelen ter onderzoek naar informatie, welke aanleiding geeft tot het recht op uitkering. De verzekeraar onthoudt zich van elke maatregel die ontoereikend, niet terzake dienend of overmatig is in het kader van het onderzoek naar het recht op uitkering.

Aangaande de medische gegevens, kan de verzekerde zijn behandelende arts vragen om aan de door de verzekeraar aangestelde raadgevende arts alle medische attesten over te maken die nodig zijn ter uitvoering van het contract, zich beperkend tot de omschrijving van de gezondheidstoestand op het ogenblik van het optreden van het verzekeringsgeval.

De door de verzekeraar aangestelde raadgevende arts heeft dan het recht om aan de verzekeraar enkel de relevante informatie in verband met het verzekeringsgeval over te maken.

Bij betwisting van het recht op uitkering, beschikt de verzekerde over de mogelijkheid om beroep te doen op een arbitrage binnen een termijn van 30 dagen volgend op de betekening van de beslissing van de verzekeraar. De arbitrage wordt beheerst door de bepalingen opgenomen in een arbitrageovereenkomst.

VERZEKERINGSGEVAL

- 26.1. Elk verzekeringsgeval moet aan de verzekeraar schriftelijk of elektronisch worden gemeld, door middel van het daartoe bestemde aangifteformulier en binnen de daarop vastgestelde termijn.
- 26.2. De onkostennota's die betrekking hebben op een verzekeringsgeval, moeten worden ingediend, binnen de 3 jaar volgend op de datum van hun uitgifte. Na verloop van deze termijn treedt verjaring in.
- 26.3. De verzekerde heeft jegens de verzekeraar een eigen recht op de verzekeringsprestaties zoals bepaald in de polis.
- 26.4. De verzekeringsprestaties worden geregeld met de begunstigde van het verzekeringscontract.
- 26.5. De verzekeraar is gerechtigd de terugbetaling ondergeschikt te maken aan de indiening van gekwijte en vertaalde onkostennota's indien zij uitgegeven zijn in een vreemde taal waarvan de vertaling redelijkerwijze noodzakelijk blijkt voor het onderzoek van het recht op uitkering.
- 26.6. De onkostennota's worden eigendom van de verzekeraar bij de ontvangst ervan.
- 26.7. De uitkering geschiedt in euro. Onkostennota's in vreemde valuta worden uitgekeerd tegen de gemiddelde koers van de vreemde valuta op de dag van uitkering.
- 26.8. Kan de verzekerde aanspraak maken op herstel van schade, dan treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekerde in de mate van zijn prestaties.
- 26.9. De overeenkomsten afgesloten tussen de verzekeringnemer en/ of de verzekerde met derden, die rechten tot voorwerp hebben die voortkomen uit het verzekeringscontract of die ontstaan bij de uitvoering van het verzekeringscontract, zijn niet tegenstelbaar aan de verzekeraar.

VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE VERZEKERDE

- 27.1. De verzekeringnemer, de verzekerde of de door hem gemandateerde persoon zijn ertoe gehouden:
 - 27.1.1. verklaringen en aangiften schriftelijk of elektronisch in te dienen bij de verzekeraar;

- 27.1.2. de verzekeraar binnen de 30 dagen het tijdstip mee te delen waarop de voorwaarden voor het instandhouden van het verzekeringscontract en/of de verzekeringsplannen wegvallen. Meer in het bijzonder:
 - bij wijziging van woonplaats en/of vaste en gebruikelijke verblijfplaats;
 - bij verblijf van meer dan 90 opeenvolgende dagen in het buitenland;
 - bij wijziging van het sociale zekerheidsstatuut;
- 27.1.3. de verzekeraar onverwijld in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of gedeeltelijk dekt;
- 27.1.4. de verzekeraar of de door hem gemandateerde persoon alle inlichtingen te verstrekken voor het vaststellen van het recht op uitkering overeenkomstig artikel 25;
- 27.1.5. om voorafgaandelijk aan elke aanvraag tot tussenkomst bij de verzekeraar de rechten uit te oefenen ten opzichte van de wettelijke ziekteverzekering en ten opzichte van het ziekenfonds (inbegrepen alle diensten en voordelen);
- 27.1.6. de overeenkomst te goeder trouw uit te voeren en de gevolgen van het verzekeringsgeval te beperken.
- 27.2. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde de bij dit verzekeringscontract of in uitvoering van het contract ontstane verplichtingen schendt en indien ingevolge een verzekeringsgeval, deze nalatigheid een nadeel voor de verzekeraar veroorzaakt, kan deze laatste zijn prestaties verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel indien de nalatigheid opzettelijk werd begaan, of het verzekeringsgeval weigeren, indien de nalatigheid opzettelijk werd begaan.

DE PREMIE

- 28.1. De verzekeringnemer is de premie verschuldigd berekend op basis van de volgende modaliteiten:
 - 28.1.1. bij het afsluiten van het verzekeringscontract wordt de premie berekend volgens:
 - de woonplaats van de verzekeringnemer;
 - de instapleeftijd van elke verzekerde. De instapleeftijd wordt berekend door van het lopende jaar het geboortjaar af te trekken;
 - de gezondheidstoestand van elke verzekerde.Waar van toepassing, is de premietabel beschikbaar in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, waar deze integraal deel van uitmaakt.
 - 28.1.2. tijdens de duur van het verzekeringscontract wordt de premie van elke verzekerde herberekend:
 - vanaf de jaarlijkse vervaldatum die volgt op de 19^e verjaardag van de verzekerde;
 - op de jaarlijkse vervaldatum in functie van de op deze datum bereikte leeftijdscategorie en aan het op deze datum vigerende tarief voor deze leeftijdscategorie indien deze premieaanpassing is voorzien in de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden. De leeftijd wordt berekend door van het lopende jaar het geboortjaar af te trekken.
 - volgens de woonplaats van de verzekeringnemer, vanaf de maand die volgt op de wijziging ervan.De verzekeringnemer beschikt niet over het recht zijn verzekeringscontract op te zeggen, conform artikel 19.2. of 19.3.
- 28.2. De verzekeringnemer is de jaarpremie verschuldigd aan de verzekeraar op de jaarlijkse vervaldatum.
- 28.3. De jaarpremie is een haalschuld. Het eenvoudig verzoek tot betaling staat gelijk met het aanbieden van het vervaldagbericht op het laatst gekende adres van de verzekeringnemer.
- 28.4. De jaarpremie is één en ondeelbaar en betaalbaar volgens de overeengekomen periodiciteit. Bij niet-betaling van de overeengekomen deelpremie, is de totale jaarpremie van rechtswege opeisbaar.
- 28.5. Bij niet-betaling van de premie of een deel ervan wordt de verzekeringnemer bij aangetekend schrijven in gebreke gesteld en de verzekeringswaarborg van rechtswege geschorst vanaf de datum voorzien in de ingebrekestelling. De verzekeringswaarborg herneemt voor de verzekeringsgevallen die optreden nadat de verzekeringnemer alle achterstallige en vervallen premies, heeft voldaan.
- 28.6. Bij niet-betaling na ingebrekestelling heeft de verzekeraar het recht het verzekeringscontract op te zeggen.

AANPASSING VAN DE PREMIE, DE VRIJSTELLING, DE PRESTATIES EN VAN DE ALGEMENE EN TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

- 29.1. De premie en de T.V.V. worden bepaald rekening houdend met de parameters, vastgelegd in het technisch plan dat de verzekeraar opstelt volgens actuariële en verzekeringstechnische criteria.
- 29.2. De premie en/of de vrijstelling kunnen aangepast worden op de jaarlijkse vervaldatum op basis van de consumptieprijsindex van de maand juni van het voorgaande kalenderjaar, zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.
- 29.3. Indien uit de tabel van de specifieke medische indexen van het voorgaande kalenderjaar, zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad, blijkt dat de evolutie deze van de consumptieprijsindex overschrijdt, kunnen de premie en/of de vrijstelling worden aangepast op de jaarlijkse vervaldatum ten belope van maximaal de indexen. Deze aanpassing, van toepassing per verzekeringsplan, wordt toegepast door middel van de globale medische index voor de vrijstelling en per leeftijdscategorie voor de premie.
- 29.4. De aanpassingen, bepaald in de artikels 29.2 en 29.3, worden schriftelijk of elektronisch gemeld aan de verzekeringnemer ten laatste op de jaarlijkse vervaldatum. De verzekeringnemer beschikt niet over het recht zijn verzekeringscontract op te zeggen, conform artikel 19.2. of 19.3.
- 29.5. Elk jaar vergelijkt de verzekeraar de werkelijke uitkeringen die hij heeft gedaan ten voordele van de verzekerden met de binnen het technisch plan voorziene en vastgelegde uitkeringen.
In het geval een verschil uit deze vergelijking zou blijken, zodanig dat de van kracht zijnde premie onvoldoende zou zijn om de werkelijke uitkeringen te dekken, kunnen de toezichthoudende overheden een aanpassing van de premie en/of van de waarborg opleggen.
- 29.6. De premieaanpassing opgelegd door de toezichthoudende overheden, zal, om de billijkheid tussen de verschillende categorieën verzekerden te bewaren, gedifferentieerd toepasbaar kunnen zijn op de premies betaald door de verschillende categorieën verzekerden (deze categorieën worden bepaald volgens objectieve criteria, zoals de instapleeftijd en de leeftijd bereikt op het ogenblik van de aanpassing) en per verzekeringsplan. Deze premieaanpassing treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand volgend op de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van de beslissing van de toezichthoudende overheden en zal toegepast worden op de jaarlijkse vervaldatum van de lopende verzekeringscontracten.
- 29.7. De aanpassing, bepaald in de artikels 29.5 en 29.6, wordt schriftelijk of elektronisch gemeld aan de verzekeringnemer ten laatste op de jaarlijkse vervaldatum. De verzekeringnemer beschikt dan over het recht zijn verzekeringscontract op te zeggen, conform artikel 19.2. of 19.3.
- 29.8. Indien de verzekeringnemer zijn verzekeringscontract niet opzegt conform artikel 19.2. of 19.3. zal de aanpassing van de premie worden toegepast op de lopende verzekeringscontracten vanaf de volgende jaarlijkse vervaldatum.
- 29.9. Indien de verzekeringnemer zijn verzekeringscontract niet opzegt, conform artikel 19.2 of 19.3, zal de aanpassing van de A.V.V. en/of T.V.V. van toepassing zijn op de lopende verzekeringscontracten voor de nieuwe verzekeringsgevallen vanaf de volgende jaarlijkse vervaldatum.
- 29.10. Zijn niet onderworpen aan de vorige bepalingen, de wijzigingen opgelegd bij wet of bij elke andere regelgevende bepaling van openbare orde of van dwingende aard, alsook de wijzigingen van de verzekeringstaks, van de belastingen en/of bijkomende heffingen welke ook hun aard zij, opgelegd bij wet of bij elke andere regelgevende bepaling.

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

- 30.1. De verzekeringnemer en de verzekerde verklaren:
 - 30.1.1. bereid te zijn om de verzekeraar toe te laten persoonsgebonden en medische gegevens te verzamelen en te verwerken, buiten het toezicht en de verantwoordelijkheid van een arts.

- 30.1.2. kennis te hebben dat aangaande de medische gegevens, de verzekerde zijn behandelende arts kan vragen om aan de door de verzekeraar aangestelde raadgevende arts, alle medische attesten over te maken die nodig zijn ter uitvoering van het contract, zich beperkend tot de omschrijving van de gezondheidstoestand op het ogenblik van het optreden van het verzekeringsgeval.
De door de verzekeraar aangestelde raadgevende arts heeft dan het recht om aan de verzekeraar enkel de relevante informatie in verband met het verzekeringsgeval over te maken.
- 30.1.3. de verzekeraar toe te laten medische gegevens te gebruiken met het oog op het afsluiten, het beheren en het uitvoeren van het verzekeringscontract overeenkomstig de eigen doelstellingen ervan en, meer in het algemeen, overeenkomstig de doelstellingen, technieken en principes eigen aan de verzekeringsactiviteit.
- 30.2. De verzekeraar verklaart dat de persoonsgebonden en medische gegevens:
 - 30.2.1. worden verwerkt met strikte naleving van artikel 61 van de Wet betreffende de verzekeringen, van artikel 7§4 van de Wet van 08/12/1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (de Wet op de privacy) en van haar K.B. van 2001, van de Europese Verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en van de wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt.
 - 30.2.2. slechts worden verzameld, verwerkt en gebruikt om de vermelde doelstellingen te realiseren en dat, in verhouding met deze doelstellingen.

DEKKING IN GEVAL VAN TERRORISME

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

EINDBEPALINGEN

- 32.1. Het Belgisch recht is van toepassing op dit verzekeringscontract.
- 32.2. Elke klacht met betrekking tot het verzekeringscontract kan gericht worden aan:
 - Allereerst aan DKV Belgium N.V. - Quality Control, Loksumstraat 25, 1000 Brussel – (qualitycontrol@dkv.be)
 - Nadien aan de Ombudsdienst der Verzekeringen, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel – (www.ombudsman.as)
- 32.3. De van kracht zijnde Algemene en/of Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden kunnen op www.dkv.be worden geraadpleegd.

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN (T.V.V.)

PLAN HORIZON

Met doelplan DKV Hospi Premium

Editie 01/2019

De Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.) zijn opgesteld in uitvoering van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.).

1. Verzekeringsplan (= A.V.V. 5)

1.1. Het plan Horizon is een afwachtverzekering zonder verzekeringsgeval die het recht geeft een doelplan DKV Hospi Premium te onderschrijven.

1.2. Kunnen het plan Horizon onderschrijven:

1.2.1. de verzekerden die in een bestaande collectieve hospitalisatieverzekering zijn, met uitsluiting van een sociaal fonds. De bestaande collectieve hospitalisatieverzekering, hierna *groepscontract* genoemd, moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

- 1.2.1.1. afgesloten worden door een werkgever als collectief voordeel voor het geheel of een deel van zijn personeel,
- 1.2.1.2. een hospitalisatieverzekering zijn tot vergoeding van schade,
- 1.2.1.3. effectieve dekking verlenen voor de risico's ziekte, ongeval en bevalling,
- 1.2.1.4. dekking verlenen aan personen die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben,
- 1.2.1.5. dekking verlenen aan personen die onderworpen zijn aan de Belgische sociale wetgeving en deze genieten,
- 1.2.1.6. dekking verlenen in de EU.

Elke afwijking is onderworpen aan de voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van de verzekeraar.

1.2.2. de verzekerden die hun oorspronkelijk individueel hospitalisatie verzekeringsplan bij de verzekeraar beëindigen:

- 1.2.2.1. hetzij wegens overgang naar een *groepscontract*. In dat laatste geval moet het *groepscontract* voldoen aan de voorwaarden zoals vermeld onder punt 1.2.1. van onderhavige T.V.V.
- 1.2.2.2. hetzij wegens wijziging van hun woonplaats of van hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats buiten België voor een periode langer dan 3 maanden.

Het oorspronkelijk individueel hospitalisatie verzekeringsplan is bepaald als zijnde het plan DKV Hospi Premium.

1.3. Rechten toegekend door het verzekeringsplan:

1.3.1. het plan Horizon geeft het recht om het doelplan DKV Hospi Premium zonder vrijstelling te onderschrijven (zie T.V.V. plan DKV Hospi Premium):

- 1.3.1.1. voor de personen die een *groepscontract* bij de verzekeraar genieten of die reeds vóór de onderschrijving van het plan Horizon bij de verzekeraar ononderbroken verzekerd zijn geweest volgens een individuele hospitalisatieverzekering: zonder risico-onderzoek, indien een ononderbroken periode van minimaal 2 jaar is verstreken tussen de onderschrijvingsdatum van het doelplan DKV Hospi Premium en de contractuele begindatum van het plan Horizon en voor zover het gaat om een automatische omschakeling overeenkomstig punt 7.1. van onderhavige T.V.V.,
- 1.3.1.2. voor de personen die een *groepscontract* bij een andere verzekeraar genieten en die vóór de onderschrijving van het plan Horizon niet bij de verzekeraar verzekerd zijn geweest: aan de voorwaarden bedongen bij de onderschrijving van het plan Horizon en voor zover het gaat om een automatische omschakeling overeenkomstig punt 7.1. van onderhavige T.V.V.,
- 1.3.1.3. zonder nieuwe wachttijd (zie ook punt 3 'Wachttijd' van de T.V.V.),
- 1.3.1.4. tegen een premie berekend bij de omschakeling naar het doelplan DKV Hospi Premium:
 - volgens de woonplaats of vaste en gebruikelijke verblijfplaats, indien deze niet samenvalt met de woonplaats,
 - volgens de op het ogenblik van de omschakeling toegepaste premie van het doelplan DKV Hospi Premium, overeenkomstig de modaliteiten vermeld

onder punt 1.3.2. en 1.3.3. van onderhavige T.V.V. Kinderen die tijdens de looptijd van het plan Horizon de leeftijds-categorie van 0 tot 19 jaar overschrijden, betalen de premie die overeenstemt met de leeftijd van 20 jaar, overeenkomstig punt 28.1.2 van de A.V.V. In dat geval geldt deze leeftijd van 20 jaar als vroegste ingangleeftijd op het ogenblik van de omschakeling naar het doelplan DKV Hospi Premium of als leeftijd vanaf wanneer de korting waarvan sprake in punt 1.3.2.2. en 1.3.3.2. van onderhavige T.V.V. in aanmerking genomen wordt.

1.3.2. Bij de omschakeling naar het doelplan DKV Hospi Premium en voor de verzekerden in een bestaand *groepscontract* (punt 1.2.1. van onderhavige T.V.V.), wordt de premie als volgt berekend:

- 1.3.2.1. hetzij door de ingangleeftijd van het plan Horizon in aanmerking te nemen, voor zover het plan Horizon in voege is geweest en de premies op de begindatum van het doelplan DKV Hospi Premium betaald werden gedurende een ononderbroken periode van minstens 120 maanden;
- 1.3.2.2. hetzij door de ingangleeftijd van het doelplan DKV Hospi Premium in aanmerking te nemen indien de ononderbroken periode van minstens 120 maanden, zoals vermeld in bovenstaande alinea, niet verstreken is. In dat geval geniet de verzekerde een korting die berekend wordt:
 - volgens het tarief van het doelplan DKV Hospi Premium dat in voege is op het ogenblik van de omschakeling,
 - door rekening te houden met het positieve premieverschil in absolute waarde, dat bekomen wordt door de premie die overeenstemt met de ingangleeftijd van het doelplan DKV Hospi Premium te vergelijken met de premie van datzelfde plan die overeenstemt met de ingangleeftijd van het plan Horizon,
 - in verhouding tot het aantal verzekeringsmaanden, uitgedrukt in honderdtwintigsten, die de ingangleeftijden waarvan sprake in de vorige alinea van elkaar scheiden.
- Deze korting ten voordele van de verzekerde, wordt toegekend gedurende de looptijd van het doelplan DKV Hospi Premium.

1.3.3. Bij de omschakeling naar het doelplan DKV Hospi Premium en voor alle personen die hun oorspronkelijk individueel verzekeringsplan bij de verzekeraar beëindigd hebben (punt 1.2.2. van onderhavige T.V.V.), wordt de premie als volgt berekend:

- 1.3.3.1. hetzij door de ingangleeftijd van het oorspronkelijk individueel verzekeringsplan van de verzekeraar in aanmerking te nemen, voor zover de volgende voorwaarden tegelijkertijd vervuld zijn:
 - het oorspronkelijk individueel verzekeringsplan en het plan Horizon zijn in voege geweest en de premies werden betaald gedurende een gecumuleerde en ononderbroken periode van minstens 120 maanden op het ogenblik van de ingangdatum van het doelplan DKV Hospi Premium,
 - het doelplan DKV Hospi Premium wordt onderschreven met een vrijstelling die minstens gelijkwaardig is aan de eventuele vrijstelling van het oorspronkelijk individueel verzekeringsplan en indien deze gelijkwaardige vrijstelling niet langer door de verzekeraar gecommmercialiseerd wordt, aan de daaropvolgende hogere vrijstelling.
- 1.3.3.2. hetzij door de ingangleeftijd van het doelplan DKV Hospi Premium in aanmerking te nemen, indien de ononderbroken periode van 120 maanden, zoals voorzien in punt 1.3.3.1.,

niet verstreken is, voor zover de volgende voorwaarden tegelijkertijd vervuld zijn:

- het oorspronkelijk individueel verzekeringsplan is een DKV Hospi Premium,
- het doelplan DKV Hospi Premium wordt onderschreven met een vrijstelling die minstens gelijkwaardig is aan de eventuele vrijstelling van het oorspronkelijk individueel verzekeringsplan en indien deze gelijkwaardige vrijstelling niet langer door de verzekeraar gecommmercialiseerd wordt, aan de daaropvolgende hogere vrijstelling.

In dat geval geniet de verzekerde een korting die berekend wordt:

- bij de aanvang van het tarief van het doelplan DKV Hospi Premium dat in voege is op het ogenblik van de omschakeling,
- door rekening te houden met het positieve premieverschil in absolute waarde, door de premie die overeenstemt met de ingangleeftijd van het doelplan DKV Hospi Premium te vergelijken met de premie van datzelfde plan die overeenstemt met de ingangleeftijd van het oorspronkelijk individueel verzekeringsplan,
- in verhouding tot het aantal verzekeringsmaanden, uitgedrukt in honderdtwintigsten, die de ingangleeftijden waarvan sprake in de vorige alinea van elkaar scheiden. Deze korting ten voordele van de verzekerde, wordt toegekend gedurende de looptijd van het doelplan DKV Hospi Premium.

2. Verzekeringsgeval volgens het Plan Horizon (= A.V.V. 6)

In tegenstelling tot punt 6 van de A.V.V. en in toepassing van punt 1.1. van onderhavige T.V.V., geeft het verzekeringsplan Horizon tijdens de looptijd, geen enkel recht op een prestatie, van welke aard ook, vanwege de verzekeraar.

3. Wachtijd (= A.V.V. 11)

- 3.1. De wachtijd bedraagt 12 maanden voor de toepassing van het maximale jaarlijks bedrag van EUR 750 per verzekerde voorzien in het doelplan DKV Hospi Premium voor:
- de tandbehandelingskosten met uitzondering van alle kosten in verband met een orthodontische behandeling;
 - de kosten van tandprothesen en van tandmateriaal, met inbegrip van bruggen, kronen en tandimplantaten;
 - elke preprothetische chirurgische ingreep (sinuslift of andere) met het oog op tandprothetisch herstel.
- 3.2. Zelfs na het verstrijken van de wachtijden vermeld in bovengenoemd punt 3.1., zal de verzekeraar geen enkele prestatie verrichten zolang het risico dat de omschakeling naar het doelplan DKV Hospi Premium tot gevolg heeft, zich niet voordoet.
- 3.3. Bij de omschakeling naar het doelplan DKV Hospi Premium is geen enkele nieuwe wachtijd van toepassing voor zover de wachtijden zoals vermeld in punt 3.1. van de T.V.V. volbracht zijn. Indien de wachtijden niet volledig volbracht zijn, blijven deze geldig voor de overblijvende duur.

4. Aanpassing van de premies en de Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden van het plan Horizon (= A.V.V. 15-28-29)

- 4.1. Tijdens de volledige duur van het verzekeringscontract wordt de basispremie op de jaarlijkse vervaldatum aangepast met 1%. Deze aanpassing maakt deel uit van de technische basis van de premie (cf. artikel 29.1 A.V.V.). Bovendien kunnen, zoals bepaald in de artikels 29.2 tot 29.10 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, premieaanpassingen ook plaatsvinden na het afsluiten van het contract volgens de gevallen, die limitatief zijn opgesomd in artikel 204 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (met name aanpassingen op basis van de evolutie van de consumptieprijsindex of van de specifieke medische indexen of op basis van een beslissing van de toezichhoudende overheden).

4.2. In het algemeen wordt het volgende bepaald:

- 4.2.1. De parameters voor het berekenen van de premie van het verzekeringsplan Horizon zijn gedefinieerd, rekening houdend met de parameters die gelden in het technisch plan van het doelplan DKV Hospi Premium. Dit technisch plan is samengesteld op basis van actuariële en verzekeringstechnische criteria. Daardoor geeft elke evolutie van bovenvermelde parameters van het doelplan DKV Hospi Premium een zelfde wijziging van de premie en/of de T.V.V. van het plan Horizon.
- 4.2.2. In geval van een substantiële wijziging van de wetgeving inzake sociale zekerheid, en in het algemeen van elke wetgeving, zodat deze wijziging invloed heeft op de parameters van het technisch plan en financiële gevolgen heeft voor de verzekeraar, kunnen de huidige T.V.V. in dezelfde mate gewijzigd worden, mits toestemming van de toezichhoudende overheden.
- 4.2.3. De aanpassingen vermeld onder 4.2.1. en 4.2.2 van de T.V.V. treden in werking op dezelfde datum als deze van de wijziging in het doelplan DKV Hospi Premium, na mededeling van deze wijziging aan de verzekeringnemer. Deze wijzigingen gelden ook voor de lopende contracten

5. Vrijstelling (= A.V.V.12)

Er is geen vrijstelling.

6. Verzekerbaarheid (= A.V.V. 16)

Verzekerbaar zijn, die aan alle volgende criteria voldoen:

- 6.1. de personen die, bij de aansluiting tot het plan Horizon, beantwoorden aan de voorwaarden in punt 1.2. van onderhavige T.V.V.;
- 6.2. de personen die bij de aansluiting tot de verzekering gezond zijn;
- 6.3. de personen die bij de aansluiting tot het plan Horizon een ingangleeftijd hebben die de berekening van de premie toelaat volgens de voorziene en vigerende leeftijd;
- 6.4. de personen die hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben, die onderworpen zijn aan de Belgische sociale wetgeving en van deze genieten. Uitzondering hierop wordt gevormd voor de personen bedoeld in punt 1.2.2.2. van de T.V.V.;

De pasgeborenen van een verzekerde zijn verzekeraar vanaf de geboorte, zonder risicobeoordeling, volgens elk vergelijkbaar verzekeringsplan dat actief gecommmercialiseerd wordt op het moment van geboorte, op voorwaarde dat de verzekeringsaanvraag wordt ingediend binnen de 60 dagen na de geboorte.

7. Einde van het verzekeringsplan Horizon (= A.V.V. 23)

- 7.1. De beëindiging van het verzekeringsplan Horizon en, aaneensluitend de automatische omschakeling naar het doelplan DKV Hospi Premium gebeurt ten laatste op de 65ste verjaardag, tenzij na toestemming van de verzekeraar, op de datum dat ofwel:
- het groepscontract niet meer beantwoordt aan de voorwaarden vermeld onder punt 1.2.1. van de T.V.V.;
 - de verzekerde niet meer effectief de voordelen van het groepscontract geniet,
 - de verzekerde definitief terug in België komt wonen en daar zijn woonplaats en vaste en gebruikelijke verblijfplaats heeft.
 - De omschakeling gebeurt zonder voorafgaandelijk akkoord van de verzekeraar bij: (brug)pensioen, ontslag, vrijwillige ontslagname of overlijden van het personeelslid, verlies van het recht op kinderbijslag, verdwijning welke ook de vorm zij van de verzekeringnemer van het groepscontract.
- 7.2. De beëindiging van het plan Horizon en de omschakeling moeten schriftelijk gevraagd worden aan de verzekeraar binnen de 105 dagen volgend op deze datum. De verzekeraar heeft het recht het bewijs te vragen van de reden van de omschakeling en van de datum waarop de verzekerde persoon niet langer de voordelen van het *groepscontract* geniet.
- 7.3. De afsluiting van het doelplan DKV Hospi Premium in hoofde van de verzekerde, is voorafgaandelijk onderworpen aan de verzekeraarvoorwaarden volgens de T.V.V. van dit verzekeringsplan.
- 7.4. Indien aan de verzekeraarvoorwaarden volgens de T.V.V. van het doelplan DKV Hospi Premium niet voldaan is bij de omschakeling, of indien de omschakeling niet heeft plaatsgevonden volgens de vorm en termijn zoals hierboven vermeld, is de verzekeraar niet gehouden de verzekering af te sluiten volgens de voorwaarden vermeld onder punt 1.3. van de T.V.V. De verzekeraar kan bijzondere voorwaarden voorstellen voor de afsluiting en aanvaarding volgens een vigerend verzekeringsplan. In dit geval, kan de verzekeraar, na risico-onderzoek op basis van een verzekeringsvoorstel, bijzondere aanvaardingsvoorwaarden toepassen.

- 7.5. Voor de personen die een groepscontract bij de verzekeraar genieten of die reeds vóór de onderschrijving van het plan Horizon bij de verzekeraar ononderbroken verzekerd zijn geweest volgens een individuele hospitalisatieverzekering:
de verzekeraar is niet gehouden de verzekering af te sluiten volgens de voorwaarden vermeld onder punt 1.3. van de T.V.V. als de omschakeling plaatsvindt binnen een periode van 2 jaar verzekerd te zijn geweest in het plan Horizon. In dit geval, kan de verzekeraar, na risico-onderzoek op basis van een verzekeringsvoorstel, bijzondere aanvaardingsvoorwaarden toepassen (maximale bij premie van 100% - de medische kosten die verband houden met een voorafbestaande chronische ziekte of handicap, worden uitgesloten).

8. Verplichtingen van de verzekeringnemer en de verzekerde (= A.V.V. 27)

- 8.1. Bij het afsluiten van of gedurende de looptijd van het verzekeringsplan Horizon, verbindt de verzekeringnemer zich er toe, indien uitdrukkelijk door de verzekeraar verzocht, volgende documenten voor te leggen m.b.t. de verzekerden die aangesloten zijn bij een *groepscontract* van een andere verzekeraar:
- een aansluitingsbewijs van het groepscontract met vermelding van de verzekerden;
 - een bewijs dat het groepscontract beantwoordt aan de voorwaarden vermeld in punt 1.2.1. van de T.V.V., door het afleveren van een kopie van de Algemene en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, het Reglement en de bijzondere bepalingen.
- 8.2. Indien tijdens de looptijd van het plan Horizon blijkt dat de dekking van het groepscontract, zoals beschreven in de Algemene en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en het Reglement, niet langer beantwoordt aan de voorwaarden volgens punt 1.2.1. van de T.V.V., is de verzekeringnemer of de verzekerde verplicht de verzekeraar hiervan op de hoogte te brengen. In dat geval zoeken de verzekeringnemer en de verzekeraar samen naar de meest geschikte dekkingsvoorwaarden ten voordele van de verzekerde voor wie de verzekerbare voorwaarde niet meer voldoen. Het plan Horizon zal beëindigd worden op de datum overeengekomen tussen de verzekeringnemer en de verzekeraar.
- 8.3. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde bij het beëindigen, wat de reden hier ook van zij, van het verzekeringsplan Horizon niet de automatische omschakeling vraagt naar het doelplan DKV Hospi Premium, geeft dit geen enkel recht op de korting waarvan sprake in punt 1.3.2.2. en 1.3.3.2. van onderhavige T.V.V. noch op de terugbetaling van de premies betaald tijdens de looptijd van het plan Horizon.
Dit geldt ook indien de verzekerbare voorwaarde volgens de T.V.V. van het verzekeringsplan Horizon of DKV Hospi Premium niet vervuld zijn en het onderschrijven van deze verzekeringsplannen in hoofde van de verzekerde niet toelaten.
- 8.4. In toepassing van punten 27.1.2 van de A.V.V. zijn de verzekeringnemer en de verzekerde persoon verplicht om tijdens het contract aan de verzekeraar elke verandering van woonplaats te melden die een invloed op de premie heeft.