

**Verzekeringnemer: STAD ANTWERPEN,
OCMW ANTWERPEN,
AG ENERGIEBESPARINGSFONDS,
AG STEDELIJK ONDERWIJS,
AG KINDEROPVANG,
KUNSTENSTAD VZW
HULPVERLENINGSZONE -
ANTWERPEN 1**

Toelichting bij het hospitalisatieplan

Deze versie is geldig vanaf 1/1/2017.

WIE KAN GENIETEN VAN DEZE VERZEKERING?

Hoofdverzekerde

Alle personeelsleden (statutairen, contracten van onbepaalde en bepaalde duur), het personeel in dienst in andere tewerkstellingsvormen (zoals Gesco, V.L.O., I.B.F., ...) met uitzondering van bepaalde personeelscategorieën met specifieke arbeidsovereenkomsten zoals onder andere jobstudenten, alsmede de mandatarissen.

Deze begunstigen kunnen op vrijwillige basis van de verzekering genieten. De premie valt ten laste van de collectieve verzekeringnemer zijnde de Stad Antwerpen, OCMW Antwerpen, AG Energiebesparingsfonds, AG Stedelijk Onderwijs, AG Kinderopvang, Kunstenstad vzw en Hulpverleningszone – Antwerpen 1, met uitzondering van de mandatarissen die zelf instaan voor de betaling van hun premie.

Vallen niet onder voormelde bepalingen:

- de personen in dienst onder artikel 60;
- de zelfstandige geneesheren aangesteld via een samenwerkingsovereenkomst, die enkel worden vergoed op basis van prestaties.

Bovendien kunnen ook uw gezinsleden aansluiten. De aansluiting van de gezinsleden is facultatief. Zij worden bijverzekerd genoemd.

Gezinsleden (bijverzekerde)

- a) de hoofdverzekerden die op rust- of brugpensioen worden gesteld vanaf 1 januari 2013 voor zover zij op het ogenblik van hun pensionering of brugpensionering instemmen met de ononderbroken voortzetting van hun verzekering;
- b) de mandatarissen van de Stad en OCMW Antwerpen kunnen na de beëindiging van hun mandaat op deze verzekering aangesloten blijven voor zover zij bij het einde van hun mandaat instemmen met de ononderbroken voortzetting van hun verzekering;
- c) de echtgeno(o)t(e) of levenspartner met hetzelfde domicilieadres als van de in punt 1, 2 a) en 2 b) hiervoor vermelde personen, voor zover de aansluiting op deze polis gebeurt vóór de leeftijd van 65 jaar;
- d) de kinderen van de hiervoor vermelde personen die, ongeacht hun juridisch statuut, ingeschreven zijn op het domicilieadres van de titularis of kinderbijzlaggerechtigd zijn;

- e) de vóór 1 januari 2013 gepensioneerde personeelsleden, gewezen mandatarissen en alle andere verzekerden die aangesloten waren op de voormalige polis van de Stad Antwerpen en OCMW Antwerpen, alsmede hun echtgeno(o)t(e) of levenspartner en hun kinderen, die ingeschreven zijn op het domicilieadres van de titularis.

Deze bijverzekerden kunnen zich op eigen kosten en onder dezelfde waarborgen als de hoofdverzekerden bij deze verzekering aansluiten.

HOE EN WANNEER KUNNEN U EN UW GEZINSLEDEN AANSLUITEN?

Hoofdverzekerden

U geniet als hoofdverzekerde van de aansluiting bij de polis vanaf de dag dat u in dienst treedt bij uw werkgever.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Uw gezinsleden kunnen aansluiten bij deze verzekering vanaf de dag van het recht op aansluiting en ten vroegste op de dag dat u als hoofdverzekerde aansluit.

De dag van het recht op aansluiting is:

- voor de echtgeno(o)t(e): de dag van het huwelijk;
- voor de samenwonende partner: de dag van de wettelijke aanvang van het samenwonen;
- voor een kind: de geboortedag.

Als de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 3 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting, dan is het gezinslid tijdig aangesloten en spreken we over een **tijdige aansluiting**. Als de aanvraag later gebeurt, dan is het gezinslid laattijdig aangesloten en gaat het over een **laattijdige aansluiting**.

ZIJN ER MEDISCHE FORMALITEITEN? WACHTTIJDEN? ZIJN DE VOORAFBESTAANDE AANDOENINGEN VERZEKERD?

Hoofdverzekerden

U sluit als hoofdverzekerde aan zonder medische formaliteiten en zonder wachttijden.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

Bijverzekerden (gezinsleden) - Tijdige aansluiting

Als uw gezinsleden tijdig aansluiten, zijn er geen medische formaliteiten en geen wachttijden.

Voor de gezinsleden die tijdig aansluiten, zijn de eventuele voorafbestaande aandoeningen verzekerd.

Bij de overgang naar deze nieuwe polis wordt een overgangsregeling voorzien, waarbij nieuwe bijverzekerden uitzonderlijk nog tot 31/03/2013 tijdig kunnen aansluiten.

Bijverzekerden (gezinsleden) - Laattijdige aansluiting

Bij een laattijdige aansluiting is er een algemene wachttijd van 3 maanden. Een wachttijd is een periode die begint te lopen vanaf de datum van aansluiting van de verzekerde. De verzekeraar betaalt de kosten die gemaakt zijn tijdens deze periode niet terug. Enkel voor ongevallen en een beperkt aantal acute infectieziekten bestaat er geen wachttijd.

Bij een laattijdige aansluiting, betaalt de verzekeraar de kosten voor eventuele voorafbestaande aandoening(en) niet terug, behoudens indien de aandoening, de ziekte, het ongeval, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling reeds krachtens een gelijkaardige waarborg was verzekerd en indien er geen onderbreking is tussen beide contracten.

De verergering van een bestaande ziekte of aandoening wordt wel in aanmerking genomen wanneer de verzekerde meer dan een jaar op de polis is aangesloten en gedurende deze periode geen enkele medische behandeling heeft ondergaan voortspuitend uit de reeds bestaande ziekte of aandoening.

De ziekte of aandoening die pas wordt ontdekt als de aansluiting reeds drie jaar loopt, ook al bestond ze voor de datum van aansluiting op deze verzekering, is evenwel gewaarborgd.

WANNEER EINDIGT DE VERZEKERING?

Hoofdverzekerde

Aan de individuele dekking van de hoofdverzekerde wordt een einde gesteld door:

- het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op schriftelijk verzoek van de hoofdverzekerde aan de verzekeringsnemer op het einde van de maand;
- het beëindigen of verbreken van de arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en verzekeringsnemer op het einde van de maand;
- het overlijden van de hoofdverzekerde op de dag van overlijden.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Aan de individuele dekking van de bijverzekerde wordt een einde gesteld door:

- het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op schriftelijk verzoek van de bijverzekerde aan Vanbreda op 31/12 van het jaar;
- het beëindigen of verbreken van de arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst van de hoofdverzekerde, op het einde van de maand (behoudens in geval van overgang van hoofdverzekerde naar bijverzekerde bij pensionering);
- het overlijden van de bijverzekerde op de dag van overlijden;
- het verlies van statuut van bijverzekerde op het einde van de maand;
- bedrog of poging tot bedrog door de bijverzekerde;
- opzegging door Ethias ingevolge niet-betaling van de verzekeringspremie.

Overgang van hoofdverzekerde naar bijverzekerde

De overgang van hoofdverzekerde naar bijverzekerde bij oppensioenstelling gebeurt op de jaarlijkse vervalddag (31/12) zonder wachttijd, medische vragenlijst of medisch onderzoek.

Deze overgang gebeurt zonder onderbreking in de verzekeringswaarborg mits de betrokkenen hun aanvraag tot verderzetting aan Vanbreda bekend maken binnen de drie maanden na op de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag van deze verzekeringsovereenkomst.

Weduwen/ weduwnaars en wezen

Bij overlijden van de hoofdverzekerde of gepensioneerde bijverzekerde kan de verzekering worden verder gezet voor zijn/haar reeds aangesloten gezinsleden.

Hier toe dient de weduwe, weduwnaar of samenwonende partner een schriftelijk verzoek te richten aan Vanbreda, binnen de maand volgend op de eerstvolgende vervaldag van de polis. Wanneer de aanvraag tijdig is gebeurd, kan Ethias de aanvraag tot voortzetting niet weigeren.

Tijdelijk uit dienst

Onder het tijdelijk verlaten van de dienst wordt verstaan de tijdelijke schorsingen van de arbeidsovereenkomst (volledige loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ...).

De betrokken personeelsleden kunnen tijdens hun dienstvrijstelling als bijverzekerde van deze verzekering blijven genieten, mits ze zelf instaan voor de betaling van hun premie. Na afloop van de tijdelijke schorsing worden de betrokken personeelsleden in voorkomend geval opnieuw aangesloten als hoofdverzekerden.

WAT IS INDIVIDUELE VOORTZETTING?

Wanneer u het recht op aansluiting bij deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest, krijgt u de mogelijkheid om, samen met de gezinsleden die bij deze verzekering zijn aangesloten, de verzekering individueel voort te zetten. Deze voortzetting kan zonder medische formaliteiten en wachttijden gebeuren als er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

1. Toetredingsvoorwaarden

Om de verzekering individueel voort te zetten zonder wachttijden en zonder medische formaliteiten dient de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van uw aansluiting, ononderbroken aangesloten zijn geweest door één of meerdere opeenvolgende verzekeringscontracten 'hospitalisatie – medische kosten' afgesloten bij een verzekeringsmaatschappij.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen die al verzekerd zijn op het moment van aansluiting bij de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst blijven bovendien in het individuele contract verzekerd.

2. Termijnen

Hoofdverzekerde

Binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering zal uw werkgever u schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengen van de mogelijkheid tot individuele voortzetting.

U beschikt over een termijn van dertig dagen om de beheerder op de hoogte te brengen van uw intentie om de verzekering geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. Deze termijn wordt met dertig dagen verlengd op voorwaarde dat u de beheerder daarvan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengt.

Deze termijnen beginnen te lopen vanaf de dag dat de werkgever u schriftelijk of elektronisch op de hoogte bracht van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst en de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Deze termijn loopt in ieder geval af honderdvijf dagen na de dag van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Bijverzekerden

Voor de bijverzekerde gelden dezelfde termijnen als diegene die hiervoor beschreven staan voor de hoofdverzekerde. Er geldt enkel een andere termijn als de bijverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst door de hoofdverzekerde. In dat geval beschikt de bijverzekerde over een termijn van honderdvijf dagen om de beheerder schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van de intentie om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. Deze termijn begint te lopen vanaf de dag waarop de bijverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest (bv. de dag van echtscheiding).

3. Tariefvoorwaarden

De voorwaarden van het individuele contract zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de verzekeringsmaatschappij op het ogenblik van de individuele voortzetting. De aangeboden waarborgen zijn minstens gelijksoortig aan de waarborgen van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

De tariefvoorwaarden zijn gelijk aan diegene die van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Het individuele contract begint op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. Het individuele contract is in principe niet opzegbaar door de verzekeraar.

WAT IS VOORFINANCIERING?

De premies van individuele verzekeringen zijn doorgaans een stuk duurder dan de premies van een beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. De wet op de ziekteverzekeringen voorziet daarom in een systeem van voorfinanciering.

U kunt individueel een bijkomende premie betalen waardoor de premie in geval van individuele voortzetting gelijk is aan de premie van de leeftijd waarop u met de voorfinanciering bent begonnen. Dit gebeurt in een afzonderlijk contract, ook wachtpolis genoemd.

Meer informatie kunt u terugvinden op de website: www.wachtpolis.be.

WELKE KOSTEN WORDEN TERUGBETAALD?

Deze verzekering waarborgt ten belope van de bedragen vermeld in rubriek "hoeveel bedraagt de tussenkomst", de terugbetaling van de hierna vermelde kosten voor gezondheidszorg die na aftrek van de wettelijke en extra-wettelijke tegemoetkomingen en van de bepaalde vrijstelling, nog ten laste blijven van de verzekerden.

A. In het geval van een ziekenhuisopname (bij opname met overnachting of indien geen overnachting bij opname in one day indien er een wettelijk forfait aangerekend wordt)

Bij een ziekenhuisopname, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt deze verzekering, binnen de grenzen bepaald in de rubriek "hoeveel bedraagt de tussenkomst" de verzorgingskosten terug, voor zover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis, dagziekenhuis, nazorgcentrum of palliatieve instelling.

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn ondermeer gewaarborgd:

- de **verblijfskosten** met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- de kosten voor **medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen**;
- de kosten voor **paramedische prestaties**;
- de kosten voor **farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal** en andere **medische hulpmiddelen**;
- de **chirurgie- en verdovingskosten**;
- de kosten voor het **gebruik van de operatie- en de bevallingskamer**;
- de kosten voor **tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen, alsook brillen en hoorapparaten** alsmede **orthopedische apparaten**, voor zover deze tijdens de ziekenhuisopname worden geplaatst en in rechtstreeks verband staan met de opname. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat zo de prothesen een zuiver esthetisch karakter hebben er geen terugbetaling zal gebeuren.
De tandheelkundige verzorging en tandprothesen gedaan en geplaatst na de ziekenhuisopname is gewaarborgd indien de medische noodzaak is aangetoond ingevolge de ziekte of het ongeval dat aan de oorspong ligt van de initiële ziekenhuisopname;
- de kosten voor **palliatieve zorgen** met inbegrip van de geneesmiddelen;
- de medische kosten van de pasgeborene tijdens de ziekenhuisopname van de moeder ingevolge een gewaarborgde **bevalling**, met inbegrip van de medische kosten voor de **afname van stamcellen**;
- de kosten voor de **wiegendoodtest**;
- de kosten voor **psychiatrische, psychische of psychotherapeutische behandelingen**;
- de kosten voor **vruchtbaarheidsbehandelingen, kunstmatige inseminatie, IVF** en de gevolgen en verwickelingen ontstaan door deze ingrepen of behandelingen.

2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:

- de **niet-vergoedbare** kosten van **viscerosynthese- en endoprothesemateriaal**;
- het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte **niet herbruikbaar materiaal**;
- de **niet-vergoedbare of onder categorie "D"** van de RIZIV-nomenclatuur opgenomen **geneesmiddelen**;
- de **homeopatische geneesmiddelen en behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur**;
- de kosten voor;
 - **aangepast dringend vervoer** naar het ziekenhuis;
 - **aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname**, verantwoord door medische reden;
 - het **medische urgentieteam (MUG)**;
- de verblijfskosten van de donor bij **transplantatie van een orgaan of een weefsel** ten gunste van de verzekerde;

- de aangerekende verblijfskosten voor **rooming-in**. Onder rooming-in verstaan we het verblijf van een ouders bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind tot 18 jaar;
- de **verblijfskosten** in een eenheid voor **palliatieve zorg**;
- de **mortuariumkosten** die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden.

B. Pre- en posthospitalisatie

Het betreft hier de medische kosten gedaan gedurende **2 maanden vóór en 6 maanden na** de opname, die rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname (met inbegrip van deze van een donor).

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn tijdens deze periode ondermeer gewaarborgd:
 - de kosten van de **medische prestaties** verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;
 - de kosten van de **paramedische prestaties** die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
 - de kosten voor **farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal** en andere **medische hulpmiddelen**;
 - de kosten van de medische **protheses** die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
 - de kosten van de **kunstledematen**.
2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
 - de **niet-vergoedbare of onder categorie “D”** van de RIZIV-nomenclatuur opgenomen **geneesmiddelen**;
 - de **homeopatische geneesmiddelen en behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur**;
 - de kosten voor de **huur van medisch materiaal**;
 - de kosten voor **verbanden en voor medisch materiaal**, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.

C. In het geval van een “ernstige ziekte”

Bij volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, differitis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, paratyfus, vlektyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, malaria, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, brucellose, progressieve spierdystrofie en het syndroom van Treacher-Collins wordt de verzekering bovendien uitgebreid tot de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn ondermeer gewaarborgd:
 - de kosten voor **medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen**;
 - de kosten voor **paramedische prestaties**;
 - de kosten voor **farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal** en andere **medische hulpmiddelen**;
 - de kosten met betrekking tot speciale **behandelingen, analyses en onderzoeken** genoodzaakt door de ziekte;

- de kosten van medische **protheses, therapeutische prothesen en orthopedische apparaten** die in rechtstreeks verband staan met de “ernstige ziekte”;
- de kosten voor het **huren van allerlei materiaal**;
- de **geneesmiddelen**.

2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:

- de **niet-vergoedbare of onder categorie “D”** in de RIZIV-nomenclatuur opgenomen **geneesmiddelen**;
- de kosten voor **farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal** en andere **medische hulpmiddelen**, met uitsluiting van elk type product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is;
- de **homeopatische geneesmiddelen en behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur**;
- de kosten voor de **huur van medisch materiaal**;
- de kosten voor **verbanden en voor medisch materiaal**, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is;
- de kosten voor **palliatieve thuiszorg of erkend dagcentrum**;
- alle andere **kosten waarmee Ethias vooraf heeft ingestemd**.

D. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kosten na de bevalling

Deze verzekering is eveneens van toepassing op de medische kosten voor **thuisbevalling en poliklinische bevalling**. In voorkomend geval zijn de waarborgen vermeld in het hoofdstuk “pre- en posthospitalisatie” onder artikel 1 B hiervoor, eveneens verworven.

Bovendien is de waarborg van deze verzekering, binnen de grenzen voorzien in de rubriek “hoeveel bedraagt de tussenkomst”, eveneens van toepassing op de kosten die aansluitend op de bevalling door een erkende kraamzorginstelling in rekening worden gebracht voor de zorg die thuis aan de moeder, de pasgeborene en het gezin door een bevoegde kraamverzorger wordt verstrekt.

E. Extramurale oogheelkunde

Deze verzekering is eveneens van toepassing op de **medische kosten van extramurale oogheelkunde** uitgevoerd door de leden van de “Werkgroep Extramurale Oogheelkunde”, die voldoen aan alle wettelijke voorschriften teneinde deze ingrepen uit te voeren.

Volgende bepalingen zijn hierop van toepassing:

- het dient te gaan om een cataractoperatie met monofocale of dubbelzicht implantaat, die niet in een ziekenhuis maar extramuraal worden uitgevoerd;
- de ingreep dient voorafgaandelijk door de betrokken arts aan Vanbreda, op het daartoe geëigende document, worden medegedeeld.

HOEVEEL BEDRAAGT DE TUSSENKOMST?

- per prestatie waarborgt deze verzekering de terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg zonder enig plafond, voor zover deze kosten aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV;

- voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend geldt:
 - een tussenkomst tot 2.500,00 EUR per persoon en per verzekeringsjaar voor het totaal van de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal, het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte niet herbruikbaar materiaal, en de niet-vergoedbare of onder categorie “D” opgenomen geneesmiddelen;
 - voor de kosten van homeopatische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie geldt een tussenkomst van 50% van de kosten indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien;
- de terugbetaling van de verblijfkost van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 18 jaar is gewaarborgd tot 25,00 EUR per nacht;
- de tussenkomst in de verblijfkost van een donor zonder enig plafond. Eventuele andere dan medische kosten zijn gewaarborgd tot 1.500,00 EUR;
- voor hospitalisatie ingevolge een psychische, psychiatrische of mentale aandoening, is de tussenkomst per verzekerde verworven gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van twee jaar te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling;
- de tussenkomst van de verzekering voor niet-medische of niet-paramedische kosten voor kraamhulp wordt verleend tot maximum 625,00 EUR en gedurende ten hoogste twaalf dagen aansluitend op het ontslag uit het ziekenhuis of de thuisbevalling;
- de kosten voor vruchtbaarheidsbehandelingen, kunstmatige inseminatie, IVF worden gewaarborgd tot maximum 500,00 EUR per cyclus op voorwaarde dat de medische prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tegemoetkoming;
- de tussenkomst inzake extramuraal oogheelkunde is, ongeacht het type lensimplantaat, de tegemoetkoming van het ziekenfonds en de omvang van het bedrag ten laste van de patiënt gewaarborgd tot 600,00 EUR per persoon, per ingreep.

WELKE KOSTEN WORDEN NIET TERUGBETAALD?

Zijn van de verzekering uitgesloten, de prestaties voortspruitend uit:

- esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheelkunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden wel ten laste genomen;
- ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
 - in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 - ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overmatig gebruik van geneesmiddelen;
- sterilisatie en anticonceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen;
- thermale kuren;
- oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, wegens burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- de beroepsmatige uitoefening van eender welke sport;

- een door de verzekerde gestelde opzettelijke daad, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of van goederen betreft, een door de verzekerde gepleegde misdaad of misdrijf, roekeloze daad, weddingschap of uitdaging;
- de schade voortvloeiend uit het gebruik van nucleaire energie welke onder toepassing van de Conventie van Parijs (wet van 22 juli 1985) of alle andere wettelijke bepalingen welke deze wetgeving zouden vervangen, wijzigen of aanvullen;
- vrijwillige verminking of poging tot zelfdoding.

HOE WORDT DE TUSSENKOMST BEREKEND?

De tussenkomst van deze verzekering gebeurt steeds na tussenkomst van de wetgeving op de sociale zekerheid, de beroepsziekten, de arbeidsongevallen en de ongevallen op de weg naar en van het werk, en ook van de al onderschreven contracten met hetzelfde oogmerk.

Indien u de wettelijke tussenkomst om welke reden dan ook niet ontvangt of er geen recht op hebt, dan wordt er voor de berekening van de gewaarborgde verzekeringsprestaties rekening gehouden met een theoretische tussenkomst. Deze theoretische tussenkomst is gelijk aan de wettelijke tussenkomst zoals bepaald door de Belgische sociale wetgevingen van toepassing voor de werknemers bij ziekte of ongeval. Dit wil zeggen dat de wettelijke tussenkomst in mindering wordt gebracht, zelfs wanneer u om welke reden dan ook geen recht hebt op de wettelijke tussenkomst.

IS ER EEN VRIJSTELLING OF FRANCHISE?

Onder **vrijstelling of franchise** verstaan we, het gedeelte van de in aanmerking komende kosten waarvoor de overeenkomst geen tussenkomst verleent.

De **vrijstelling of franchise** bedraagt 75,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar indien de verzekerde gekozen heeft voor de opname in een **eenpersoonskamer**.

Er is sprake van een opname in een **eenpersoonskamer** van zodra minstens één ligdag aangerekend wordt in een eenpersoonskamer.

Indien naar de keuze van de verzekerde, hij/zij tijdens dezelfde ziekenhuisopname achtereenvolgens in een gemeenschappelijke en in een particuliere kamer verblijft of omgekeerd, zal de vrijstelling voor de opname in een eenpersoonskamer in aanmerking worden genomen.

Er is ook geen vrijstelling bij een opname als gevolg van een ernstige ziekte indien bij de opname de ernstige ziekte gekend is. Wanneer de opname in een eenpersoonskamer medisch verantwoord is, worden geen toeslagen aangerekend en bijgevolg is ook de vrijstelling dan niet van toepassing.

De vrijstelling wordt slechts eenmaal toegepast in de volgende situaties:

- voor verschillende verzekerden van eenzelfde gezin betrokken in eenzelfde ongeval;
- voor een ononderbroken hospitalisatie over twee verzekeringsjaren.

Voor de ambulante kosten in verband met de waarborg "ernstige ziekten" is er geen vrijstelling of franchise.

WAT IS HET DERDEBETALERSSYSTEEM MEDI-LINK?

Het derdebetalerssysteem Medi-Link betaalt, bij een gewaarborgde hospitalisatie, uw hospitalisatiefactuur rechtstreeks aan het ziekenhuis. U hoeft geen voorschot te betalen aan het ziekenhuis en u betaalt achteraf alleen de vrijstelling en de kosten terug die niet binnen de waarborg vallen.

Elke verzekerde ontvangt per post een persoonlijke Medi-Link kaart waarop alle nuttige gegevens over Medi-Link vermeld staan.

Voor de werkwijze en de algemene voorwaarden verwijzen wij u naar de verklarende brochure en de brief die u samen met uw Medi-Link kaart ontving. U kunt voor meer informatie ook altijd terecht op onze website www.medi-link.be. Op deze website vindt u op elk moment de meest recente lijst terug van de ziekenhuizen waar u gebruik kunt maken van onze Medi-Link service.

WAT MET KOSTEN IN HET BUITENLAND?

Deze verzekering is overal ter wereld geldig.

HOEVEEL BEDRAGEN DE PREMIES?

De trimestriële premie, lasten en taksen inbegrepen, is gelijk aan:

- 12,19 EUR voor een kind jonger dan 21 jaar
- 42,66 EUR voor een volwassene vanaf 21 jaar en jonger dan 65 jaar
- 158,47 EUR voor volwassene vanaf 65 jaar en jonger dan 75 jaar
- 182,84 EUR voor een volwassene vanaf 75 jaar

De premie is trimestrieel vooraf betaalbaar.

De werkgever betaalt de premies voor de hoofdverzekerden.

De hoofdverzekerde betaalt de premies voor de bijverzekerden. Deze premies worden door de beheerder bij de hoofdverzekerde rechtstreeks geïnd, in principe via domiciliëring.

Wanneer je jouw domiciliëring niet in orde maakt, stuurt Vanbreda een herinneringsbrief. Indien je aangesloten wil blijven dan breng je de domiciliëring in orde of je doet schriftelijk aan Vanbreda een vraag om uitzonderlijk de premie via overschrijving te mogen betalen.

Wanneer Vanbreda niets van je ontvangt, dan wordt de verzekering voor de bijverzekerden stopgezet en zal je een stopzettingbrief ontvangen.

De premies voor de gepensioneerden, voor de weduwen/weduwnaars/wezen, voor de tijdelijke uitdiensten, voor de mandatarissen en voor de gezinsleden van alle voornoemde categorieën worden gedragen door henzelf en worden door de beheerder rechtstreeks geïnd via domiciliëring.

HOE GEBEURT DE SCHADEREGELING?

Bij **hospitalisatie** dient u zo snel mogelijk aangifte te doen. Dat kan op één van volgende manieren:

- telefonisch op het telefoonnummer: 03 217 57 99;
- via mail: VRB-HCCO@vanbreda.be;
- schriftelijk aan de hand van het formulier 'Schadeaangifte'.

Bij **ernstige ziekte** dient u bij de vaststelling/diagnose van de ernstige ziekte zo snel mogelijk aangifte te doen aan de hand van het formulier 'Schadeaangifte'. Vergeet ook niet om een attest bij te voegen waarin de diagnose wordt bevestigd door uw behandelend arts.

Het formulier 'Schadeaangifte' kunt u verkrijgen bij de beheerder via onderstaande gegevens.

Vanbreda Risk & Benefits
Health Care Claims
Postbus 34
2140 ANTWERPEN

Telefoon: 03 217 57 99
E-mail: VRB-HCCO@vanbreda.be

Met al uw vragen over de aansluitings- en terugbetalingsvoorwaarden kunt u terecht op het bovenvermelde telefoonnummer of e-mailadres.

DIT DOCUMENT IS EEN SAMENVATTING VAN DE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST EN HEEFT LOUTER INFORMATIEVE WAARDE. DE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST ZELF IS HET ENIGE RECHTSGELDIGE DOCUMENT.