

Verzekeringnemer: ETEX GROUP

Polisnummers: 03/4180.01 – 03/4180.02 – 03/4180.03

Toelichting bij het hospitalisatieplan

Deze versie is geldig vanaf 1/1/2017.

WAT ZIJN DE VOORDELEN VAN DEZE VERZEKERING?

In geval van hospitalisatie of ernstige ziekte biedt deze verzekering u een tussenkomst in de medische kosten die u nog moet betalen na tussenkomst van het ziekenfonds. De kosten in verband met uw hospitalisatie gemaakt in de periode van 2 maanden vóór en 6 maanden na de hospitalisatie komen ook in aanmerking voor tussenkomst.

U kiest zelf in welke verpleeginrichting en door welke erkende arts u wordt verzorgd.

WIE KAN GENIETEN VAN DEZE VERZEKERING?

U kunt genieten van deze verzekering als **hoofdverzekerde** en als:

- bediende;
- arbeider in dienst van Eternit Group NV of Eterco NV;
- personeelslid terwerkgesteld in het buitenland;
- personeelslid met een statuut als afgevaardigd bestuurder bij Siniat NV.

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

Onder **gezinsleden (bijverzekerden)** verstaan we:

- de echtgeno(o)t(e);
- de officieel samenwonende partner van de hoofdverzekerde zonder familiale banden;
- de kinderen, jonger dan 25 jaar, van de hoofdverzekerde, de echtgeno(o)t(e) of de officieel samenwonende partner, die kinderbijslaggerechtigd zijn;
- de gehandicapte kinderen. Zij kunnen aangesloten blijven na hun 25^{ste} verjaardag.

Als u beslist om uw gezinsleden aan te sluiten, dient u alle gezinsleden aan te sluiten. Deze regel geldt niet voor gezinsleden die al een soortgelijke verzekering hebben. Zij dienen hiervan wel een attest voor te leggen.

Een pasgeboren kind sluit automatisch aan bij deze verzekering op voorwaarde dat alle andere gezinsleden die kunnen aansluiten al aangesloten zijn bij deze verzekering.

Alle wijzigingen in de samenstelling van uw gezin geeft u door aan uw werkgever. U bent verantwoordelijk voor de opgave van de juiste gegevens.

Tijdens een periode van **loopbaanonderbreking**, kunt u aangesloten blijven bij deze verzekering. Dit geldt zowel voor uzelf als hoofdverzekerde als voor uw gezinsleden (bijverzekerden).

Ook als u met **pensioen of in SWT** (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag) gaat, kunt u aangesloten blijven bij deze verzekering op voorwaarde dat u op het moment van uw pensioen of SWT-regeling, reeds 5 jaar aangesloten was bij deze verzekering. Dit geldt ook voor uw gezinsleden (bijverzekerden). U vraagt de verderzetting van uw aansluiting schriftelijk aan bij de verzekeraar ten laatste 2 maanden na uw pensionering of SWT.

Bij het **overlijden** van de hoofdverzekerde kunnen de gezinsleden die al aangesloten waren bij deze verzekering verder aangesloten blijven. De weduwe, weduwnaar, samenwonende partner of wees kunnen deze verderzetting schriftelijk aanvragen bij de verzekeraar binnen de 2 maanden volgend op het overlijden van de hoofdverzekerde.

De dekking wordt stopgezet bij het huwelijk of het samenwonen in echtelijke gemeenschap van de weduwe, de weduwnaar of de samenwonende partner.

HOE EN WANNEER KUNNEN U EN UW GEZINSLEDEN AANSLUITEN?

Hoofdverzekerden

U kunt aansluiten als hoofdverzekerde op de dag dat u in dienst treedt bij uw werkgever.

Als de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 2 maanden volgend op de dag van recht op aansluiting, sluit u tijdig aan en spreken we van een **tijdige aansluiting**. Als de aanvraag later gebeurt, dan sluit u laattijdig aan en gaat het over een **laattijdige aansluiting**.

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 officiële aanvang van het samenwonen. Het begin van het officiële samenwonen dient te worden aangetoond met een attest van samenwonen afgeleverd door het gemeentebestuur;
- voor een kind: de geboortedag.

Als de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 2 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 & bijverzekerden (gezinsleden) - Tijdige aansluiting

U en uw gezinsleden sluiten aan zonder medische formaliteiten en zonder wachttijden.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

Hoofdverzekerden & bijverzekerden (gezinsleden) - Laattijdige aansluiting

Als u en/of uw gezinsleden laattijdig aansluiten, zijn er wel medische formaliteiten. Dat betekent dat een medische vragenlijst moet invuld worden. De kandidaat-verzekerden staan in dit geval ook in voor de kosten voor eventuele bijkomende onderzoeken. De verzekeraar kan de aansluiting aanvaarden, bepaalde aandoeningen uitsluiten, de aansluiting weigeren of een bijpremie vragen.

Als er uitsluitingen van medische aard zijn, krijgt de kandidaat-verzekerde hierover een brief. De aansluiting is definitief als u deze brief ondertekend terug stuurt naar de verzekeraar.

Als de verzekeraar de aansluiting weigert, ontvangt de kandidaat-verzekerde hierover ook een schriftelijke melding.

Bij een laattijdige aansluiting is er een algemene wachttijd van 3 maanden en een wachttijd van 9 maanden voor bevallingen. 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. De kosten worden toch terugbetaald als de verzekerde tijdens het eerste jaar dat volgt op de aansluiting geen enkele medische behandeling in verband met de voorafbestaande aandoening heeft ondergaan.

WANNEER EINDIGT DE VERZEKERING?

Hoofdverzekerde

Voor de hoofdverzekerde stopt de aansluiting:

- als hij/zij de aansluiting vrijwillig beëindigt, via een schriftelijk verzoek op de jaarlijkse vervalddag. Later heraansluiten is niet meer mogelijk;
- wanneer de arbeidsovereenkomst met de werkgever eindigt of verbroken wordt (bij pensionering of SWT kan de aansluiting verdergezet worden bij dit contract);
- bij het overlijden;
- bij het einde van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Voor de gezinsleden stopt de aansluiting:

- als zij de aansluiting vrijwillig beëindigen, via een schriftelijk verzoek op de jaarlijkse vervalddag. Later heraansluiten is niet meer mogelijk;
- wanneer de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de werkgever eindigt of verbroken wordt;
- als zij het statuut van bijverzekerde verliezen. De dekking stopt vanaf de dag waarop zij niet meer aan de definitie van bijverzekerde voldoen (bv. de dag van echtscheiding);
- bij het overlijden.

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. U kunt enkel individueel voortzetten op voorwaarde dat u gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van de aansluiting aangesloten was.

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 honderdenvijf 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 honderdenvijf 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? HOEVEEL BEDRAAGT DE TUSSENKOMST?

Hoofdwaarborg 'hospitalisatie'

De verzekeraar betaalt de medische kosten terug die u gemaakt hebt tijdens de hospitalisatie voor een **medisch noodzakelijke behandeling** en veroorzaakt door een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling. Deze kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie.

Onder hospitalisatie verstaan we het medisch noodzakelijke verblijf in een erkende verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. De opname in het dagziekenhuis is verzekerd voor zover er een wettelijk forfait wordt aangerekend (maxi-forfait, mini-forfait, forfait dagziekenhuis 1 t.e.m. 7, forfait chronische pijn 1 t.e.m. 3 of het gebruik van de gipskamer).

Voor de volgende kosten komt de verzekering tussen:

- de kosten voor **verblijf, erelonen van de geneesheer of paramedicus, onderzoeken, behandelingen en geneesmiddelen**;
- de kosten voor **medisch gerechtvaardigd vervoer** of noodzakelijke en dringende repatriëring naar België. De terugbetaling is gelijk aan het verschil tussen de prijs van een normale terugreis en de werkelijk uitgegeven kosten voor het vervoer van de verzekerde, en dit met een maximum van 123,95 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar;

- de aangerekende verblijfskosten voor **rooming-in**. Onder rooming-in verstaan we het verblijf van één van de ouders bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind tot 12 jaar. Er is een tussenkomst van maximum 49,58 EUR per dag en daarnaast geldt een maximum van 5 dagen per hospitalisatie;
- de kosten voor **thuisbevalling**;
- de kosten voor **kraamhulp bij thuisbevalling of poliklinische bevalling**. Onder kraamhulp verstaan we de door een erkende kraamzorginstelling gefactureerde kosten voor de zorgen verstrekt door een bevoegde kraamverzorger. De terugbetaling van de kosten voor kraamhulp bedraagt maximum 123,95 EUR per bevalling;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten, brillen** voorgeschreven door een oogarts, **tandheelkundige en orthodontische zorgen en behandelingen**. Voor deze kosten dient de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussen te komen. De vergoeding bedraagt, voor elke prestatie, maximum 3 maal het bedrag van deze wettelijke tussenkomst.

Bijkomende waarborg 'pre- en posthospitalisatie'

Deze bijkomende waarborg voorziet in de terugbetaling van de **kosten van medisch noodzakelijke, ambulante zorgen** die tijdens **2 maanden vóór en 6 maanden na** de gewaarborgde hospitalisatie verleend of voorgeschreven zijn door een geneesheer. Deze medische kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie en opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de geneesheer of paramedicus;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- **geneesmiddelen** voorgeschreven door een geneesheer en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten, brillen** voorgeschreven door een oogarts, **tandheelkundige en orthodontische zorgen en behandelingen**, voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt. De vergoeding bedraagt, voor elke prestatie, maximum 3 maal het bedrag van deze wettelijke tussenkomst.

Alle kosten moeten vanzelfsprekend gemaakt zijn naar aanleiding van een verzekerde hospitalisatie.

De verzekeraar betaalt de kosten voor **vervoer** tijdens deze pre- en posthospitalisatieperiode niet terug.

Kosten voor ambulante zorgen in geval van 'ernstige ziekten'

In geval van één van volgende aandoeningen:

AIDS, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, hersenvliesontsteking, kanker, kinderverlamming, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening die een dialysebehandeling vereist, paratyfus, pokken, progressieve spierdystrofie, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson of ziekte van Pompe

betaalt de verzekeraar de kosten terug van de ambulante zorgen die werkelijk voor de behandeling zijn gemaakt. Dit betekent alle medische kosten die voorgeschreven of verleend zijn door een geneesheer.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de geneesheer of paramedicus;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- **geneesmiddelen** voorgeschreven door een geneesheer en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten, brillen** voorgeschreven door een oogarts, **tandheelkundige en orthodontische zorgen en behandelingen**, voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt. De vergoeding bedraagt, voor elke prestatie, maximum 3 maal het bedrag van deze wettelijke tussenkomst;
- het **huren** van **medisch materiaal**.

Deze kosten moeten vanzelfsprekend gemaakt zijn naar aanleiding van een verzekerde ernstige ziekte.

Er is geen tussenkomst voor de kosten voor **vervoer**.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborgen hospitalisatie, pre-en posthospitalisatie en de ambulante zorgen in geval van "ernstige ziekten" bedraagt 25.000,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. Het gaat dus over één gezamenlijk plafond over alle waarborgen heen.

Belangrijke opmerking: Als u wordt opgenomen als gevolg van een verzekerde ernstige ziekte dan gelden voor de kosten gemaakt tijdens de ziekenhuisopname de terugbetalingsvoorwaarden van de waarborg 'hospitalisatie'.

WELKE KOSTEN WORDEN NIET TERUGBETAALD?

De kosten die het gevolg zijn van:

- een oorlogsfeit;
- burgerlijke onlusten of oproer, behalve wanneer de verzekerde er niet actief heeft aan deelgenomen;
- de opzettelijke daad van de verzekerde, of van een poging tot zelfmoord van de verzekerde;
- het niet-therapeutisch gebruik van verdovende middelen, toxicomanie, alcoholisme en alcoholische intoxicatie.

De kosten gedaan voor:

- esthetische zorgen en behandelingen;
- niet wetenschappelijk beproefde behandelingen;
- de door de wettelijk verplichte verzekering niet gedekte kuurbehandelingen, badadditieven, cosmetische producten;
- de bijstand, oppas en het onderhoud van de verzekerde;
- kosten van privé-aard (dranken, telefoon,...);
- sterilisatie en fertilisatiebehandelingen;
- de lopende hospitalisatie die begonnen is vóór de aansluitingsdatum;
- behandelingen uitgevoerd vóór de aansluiting van de verzekerde.

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.

U wordt niet belast op de vergoedingen die u uit deze verzekering geniet en hoeft dus geen sociale lasten te betalen op het ontvangen voordeel.

IS ER EEN VRIJSTELLING OF FRANCHISE?

De **vrijstelling of franchise bedraagt 125,00 EUR** per verzekerde en per verzekeringsjaar. Een verzekeringsjaar is de periode die begint op de algemene vervalddag van de verzekering en die twaalf maanden later eindigt.

De vrijstelling wordt slechts eenmaal toegepast in de volgende situaties:

- voor de kosten van de bevalling voor moeder en kind, op voorwaarde dat gans het gezin minstens 3 maanden verzekerd is;
- 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 DERDEBETALERSSTEEEM MEDI-LINK?

Het derdebetalerssteeem 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.

Als u wordt opgenomen in het buitenland dan bedraagt de tussenkomst voor elke prestatie maximum 3 maal de wettelijke tussenkomst.

HOEVEEL BEDRAGEN DE PREMIES?

Actieve hoofdverzekerden en hun gezinsleden

De maandelijkse bijdrage is gelijk aan:

- 1,00 EUR voor de hoofdverzekerde
- 3,89 EUR voor een kind jonger dan 21 jaar
- 7,53 EUR voor een partner jonger dan 65 jaar
- 29,36 EUR voor een volwassene vanaf 65 jaar

De werkgever betaalt een deel van de premies voor de hoofdverzekerden en de bijverzekerden.

De hoofdverzekerde betaalt een deel van de premies voor de bijverzekerden. Deze bijdragen worden ingezameld door de werkgever.

De echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner wordt even oud verondersteld als de hoofdverzekerde.

Gepensioneerden, verzekerden in SWT en hun gezinsleden

De trimestriële bijdrage is gelijk aan:

- 11,66 EUR voor een kind jonger dan 21 jaar
- 22,57 EUR voor een volwassene jonger dan 65 jaar
- 88,08 EUR voor een volwassene vanaf 65 jaar

De premies voor de gepensioneerden, de verzekerden in SWT en hun respectievelijke gezinsleden worden gedragen door de hoofdverzekerde en trimestrieel achteraf geïnd via domiciliëring door Vanbreda Risk & Benefits.

HOE GEBEURT DE SCHADEREGELING?

Bij **hospitalisatie** dient u zo snel mogelijk aangifte te doen. Bij een geplande opname raden wij u aan om dit *vóór* de opname te doen. Dat kan op één van volgende manieren:

- telefonisch op het telefoonnummer: 03 217 62 43;
- via mail: etexgroup@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 62 43
E-mail: etexgroup@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.

20130701

Goed om weten...

Hospitalisatieverzekering

In 2005 hebben we een samenvatting van de hospitalisatieverzekering voor onze leden gepubliceerd. Intussen is er wel e e a veranderd, dus vonden wij het opportuun om deze samenvatting te actualiseren. Als basis geldt 'toelichting bij het hospitalisatieplan' - geldig vanaf 1/1/2017 - dat u op onze website kunt terugvinden. Deze samenvatting, bedoeld voor gepensioneerde bedienden van Etex Group, werd besproken en goedgekeurd door HH. Pinxten en Van Den Eynde.

1 **verzekeraar**

AXA Belgium

Vanbreda Risk & Benefits Postbus 34 2140 Antwerpen tel. 03/217 62 43	Polisnr. Verzekeringnemer :	03/4180,01 03/4180,02 03/4180,03 ETEX GROUP
---	------------------------------------	--

2 **wie geniet van deze verzekering :**

- ▶ Bij pensioen of SWT kunt u aangesloten blijven op voorwaarde dat u bij pensioen (of SWT) reeds 5 jaar aangesloten was bij deze verzekering.
Dit geldt ook voor de gezinsleden.
Verderzetting van de verzekering dient schriftelijk aangevraagd binnen 2 md na pensionering.
- ▶ Bij overlijden kan de dekking verdergezet worden voor de reeds aangesloten gezinsleden.
- ▶ Dekking wordt stopgezet bij huwelijk/samenwonen van de weduwe/weduwnaar

3 **medische formaliteiten - wachttijden ?**

Voor (brug)gepensioneerden van Etex (welke dus al aangesloten waren voor hun pensionering) zijn er geen medische formaliteiten en geen wachttijden.

4 **wat dekt de verzekering :**

belangrijke principes :

- ▶ Er is geen ambulante dekking voorzien.
Ambulante zorgen zijn zorgen die verstrekt worden buiten het ziekenhuis (bezoek van dokter, apotheker, kinesist, labo, enz...)
Dit betekent dat, om tussenkomst te krijgen, altijd een opname in een ziekenhuis noodzakelijk is. Dit kan ook een 'dagkliniek' zijn, voorwaarde is dat er verblijfkosten of dagforfait aangerekend werd.
Hierop is één uitzondering : ERNSTIGE ZIEKTEN (zie verder onder punt 8)
- ▶ Terugbetaling van erelonen dokters gebeuren op basis van het werkelijk betaald bedrag.
Dit betekent dat het bedrag, vermeld op het getuigschrift, de basis voor terugbetaling is.
Indien nodig aan dokter vragen dit bedrag in te vullen !
- ▶ Alternatieve geneeskunde (homeopathie, chiropraxie enz.) is niet gedekt.

in het hospitaal

Voor zover een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend (dus niet noodzakelijk een ligdag of overnachting, zodat de opname in een zogenaamde 'dagkliniek' gedekt is als er kosten voor een verblijf zijn aangerekend).

- de kosten voor gezondheidszorgen (verblijf, erelonen, geneesmiddelen, onderzoeken en behandeling). Basis : werkelijk aangerekende erelonen.
- de kosten voor vervoer, voorzover medisch een dringende opname vereist is.
Vervoerkosten worden terugbetaald met een max. van € 123,95 per verzekerde/jaar.

buiten het hospitaal

- De medische kosten die rechtstreeks in verband staan met de hospitalisatie en die werden gemaakt binnen een termijn van 2 maanden voor en 6 maanden na de hospitalisatie

— De kosten voor ambulante zorgen voor volgende ziekten, zelfs indien er geen hospitalisatie plaatsvindt. (Ernstige ziekten)

AIDS, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, hersenvliesontsteking, kanker, kinderverlamming, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening die een dialysebehandeling vereist, paratyfus, pokken, progressieve spierdystrofie, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson of ziekte van Pompe

voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen :

> erelonen geneesheer, onderzoek en behandeling, voorgeschreven geneesmiddelen, huur medisch materiaal

> er is geen tussenkomst voor de kosten voor vervoer.

> geen vrijstelling voor tussenkomst 'ernstige ziekten'

Opmerking :

kosten worden hiervoor terugbetaald op basis van een afzonderlijke aangifte (zie schaderegeling)

verblijf in het buitenland

medische kosten bij verblijf in het buitenland worden op basis van het hierbovenvermelde principe terugbetaald. Er is evenwel een maximum van 3 x tussenkomst ziekenfonds.

de verzekerde heeft de vrije keuze van geneesheer, verpleeginrichting en kamer

5 welke zijn de maximum waarborgen

(na tussenkomst van ziekenfonds of andere verzekeringen)

Het maximum terugbetaalbaar bedrag is 25,000 € per verzekerde en per jaar.

Het gaat over één gezamenlijk plafond over alle waarborgen heen.

6 vrijstelling

Per verzekeringsjaar en per verzekerde blijven de eerste € 125 (gedekte) kosten ten laste van de verzekerde. Bovendien wordt deze vrijstelling slechts éénmaal toegepast indien de hospitalisatie en de bijhorende pre- en postperiode gespreid is over twee opeenvolgende verzekeringsjaren. Voor de kosten buiten het hospitaal voor de 'ernstige ziekten' is er geen vrijstelling.

7 hoeveel bedragen de premies voor gepensioneerden en hun gezinsleden :

	<i>per trimester</i>
- voor een kind jonger dan 21 jaar	11,66 €
- voor volwassene jonger dan 65 jaar	22,57 €
- voor een volwassene vanaf 65 jaar	88,08 €

→ De premies voor de gepensioneerden/SWT worden trimesterieel geïnd via domiciliëring door Vanbreda Risk & Benefits

→ De vermelde premies zijn 'netto premies' van de aangesloten bedienden. De werkgever (Etex) betaalt 50% van de verschuldigde premie

8 hoe gebeurt de schade aangifte

Ziekenhuisopname/

- verwittigt VanBreda in principe 14 dagen voor opname via mail/brief/telefoon of via website
- bij niet geplande opname : zo snel mogelijk VanBreda verwittigen
- > Bevestiging door VanBreda aan lid en ziekenhuis met dossiernummer
- > Facturen worden rechtstreeks door VanBreda betaald
- > Afrekeningsbrief (met niet-medische kosten)

Persoonlijke Mede-Link kaart met alle nuttige gegevens



pre- en posthospitalisatie

Deze waarborg voorziet in de terugbetaling van de medisch noodzakelijke ambulante zorgen tijdens 2 maanden voor en 6 maanden na de hospitalisatie voorgeschreven door een geneesheer

kosten ambulante zorgen bij 'ernstige ziekten' (zie punt 4)

Bij 'ernstige ziekte' aangifte via formulier 'schadeaangifte' met attest waarin de diagnose wordt bevestigd door uw behandelende arts.
VanBreda stuurt een bevestiging met dossiernummer.
De kosten kunnen, gegroepeerd en met vermelding van dossiernummer opgestuurd worden.

- Het is aan te bevelen een kopie te nemen van de detailopgave gevraagde terugbetaling. Dit vergemakkelijkt de controle bij terugbetaling, of bij eventuele discussies.
- U zult een dossiernummer krijgen van VanBreda.
- Bij volgende kostennota's is het aan te raden deze gegroepeerd, met vermelding van dit dossiernummer, aan VanBreda toe te sturen.
- Geen vrijstelling of franchise voor 'ernstige ziekten'

9 algemeen

- ▶ Het is de bedoeling dat de verzekerde/bediende rechtstreeks met VanBreda handelt.
- ▶ Formulieren 'schadeaangifte' kunt u rechtstreeks bekomen bij VanBreda.
- ▶ De aangiften, behoorlijk ondertekend, sturen naar het adres hieronder (Postbus 34). Dit gaat sneller dan naar het algemeen adres Plantin en Moretuslei 297 of mailen naar : etexgroup@vanbreda.be
- ▶ Contactgegevens :

Vanbreda Risk & Benefits Health Care Claims Postbus 34 2140 ANTWERPEN tel 02 207 62 43 mail : etexgroup@vanbreda.be
