

Verzekeringnemer: VUB

Polisnummers: 07/2793.01 – 07/2793.03

Toelichting bij het hospitalisatieplan

Deze versie is geldig vanaf 1/10/2016.

Deze collectieve verzekeringsovereenkomst, door VUB in het voordeel van haar personeel afgesloten met de verzekeringsmaatschappij AXA Belgium, in samenwerking met Vanbreda Risk & Benefits, heeft als ingangsdatum 01.04.2003.

Wie geniet van deze verzekering?

De hoofdverzekerden

Onder hoofdverzekerden wordt verstaan:

- werknemers met een arbeidscontract;
- leden van de raad van bestuur.

De hoofdverzekerden worden verplicht (automatisch) aangesloten.

De nevenverzekerden

Onder nevenverzekerden wordt verstaan:

- bovenvernoemde hoofdverzekerden die op (brug)pensioen worden gesteld vanaf 01.04.2003;
- de gezinsleden van bovengenoemde hoofd- en nevenverzekerden zijnde:
 - de echtgenoot/echtgenote of samenwonende partner voor zover de aansluiting gebeurt voor de leeftijd van 65 jaar;
 - de kinderen die kinderbijslaggerechtigd zijn;
 - de ongehuwde gehandicapte kinderen voor zover zij inwonend zijn en gehandicapentoeslag genieten.

De nevenverzekerden kunnen facultatief (vrijwillig) aansluiten.

(Brug)gepensioneerden kunnen verderzetten als nevenverzekerden voor zover de bevestiging van de aansluiting plaats heeft binnen de 3 maanden volgend op de (brug)pensioenstelling.

Bij overlijden van het personeelslid kunnen de aangesloten nevenverzekerden hun aansluiting op het hospitalisatieplan verderzetten. Hiertoe dient men een schriftelijk verzoek te richten aan de verzekeraars na het overlijden binnen twee maanden volgend op het overlijden van het personeelslid.

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

Zijn er medische formaliteiten?

De aansluiting gebeurt zonder medische formaliteiten.

Zijn er wachttijden?

Hoofdverzekerden

Er zijn geen wachttijden.

Nevenverzekerden

Er zijn geen wachttijden bij tijdige aansluiting.

Een tijdige aansluiting is een aansluiting binnen de 3 maanden na het verwerven van het recht op aansluiting of binnen de drie maand na de vervaldag van een soortgelijke collectieve polis met verplichte aansluiting of binnen de drie maand na de eerstvolgende vervaldag van een soortgelijke collectieve polis met facultatieve aansluiting of individuele polis.

Bij laattijdige aansluiting geldt een algemene wachttijd van 3 maanden.

We spreken van een laattijdige aansluiting indien de vraag tot aansluiting niet gebeurt binnen de 3 maanden na de einddatum vermeld in vorige alinea.

Wat met voorafbestaande aandoeningen?

Hoofdverzekerden

Voorafbestaande aandoeningen zijn gedekt.

Nevenverzekerden

Voorafbestaande aandoeningen zijn gedekt bij tijdige aansluiting.

Bij laattijdige aansluiting is de voorafbestaandheid niet gedekt. Indien de voorafbestaande aandoening evenwel pas ontdekt wordt na 3 jaar aansluiting, is er wel dekking voorzien.

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.

Wat dekt de verzekering?

Deze collectieve hospitalisatieverzekering bestaat uit 3 luiken:

- I. Hospitalisatie en pré-postkosten
- II. Ernstige ziekten
- III. Ambulante kosten

I. Hospitalisatie en pré-postkosten

Worden gewaarborgd in dit luik:

- 1) De medische kosten naar aanleiding van een hospitalisatie wegens ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling.

Met wettelijke tegemoetkoming:

- de verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- de 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 alsmede orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname 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 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 wiegendoodtest;
- de kosten voor IVF-behandelingen (In Vitro Fertilisatie).

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend:

- de kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal;
- het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte niet herbruikbaar materiaal;
- de onder categorie 'D' opgenomen geneesmiddelen;
- de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- de kosten voor:
 - aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis;
 - aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord door medische reden;
 - het medisch urgentieteam (MUG);
- de verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde worden terugbetaald tot 1.239,47 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar;
- de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 15 jaar (rooming-in) worden terugbetaald tot 24,79 EUR per nacht per verzekerde en per verzekeringsjaar;
- de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden;
- de thuisbevalling;
- de tussenkomst voor kraamhulp bij bevalling met hospitalisatie of bij thuisbevalling wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf dagen.

2) De medische kosten gedaan gedurende 2 maanden voor en 6 maanden na de hospitalisatie, die rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname.

Met wettelijke tegemoetkoming:

- de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;
- de kosten van de paramedische prestaties en geneesmiddelen die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer;
- de kosten van de medische protheses die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname.

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend:

- de onder categorie 'D' opgenomen geneesmiddelen;
- de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- de kosten van verbanden en van het medische materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.

Omvang van de terugbetalingen in luik I:

Bij wettelijke tegemoetkoming wordt de terugbetaling beperkt tot 1 maal de wettelijke tussenkomst.

Voor opnames in het UZ Brussel bedraagt de terugbetaling van ereloonsupplementen maximum 1,75 maal de wettelijke tussenkomst.

Wanneer er geen wettelijke tussenkomst is wordt de terugbetaling beperkt tot 1.860,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. Er is ook een bijkomende beperking van de tussenkomst tot 50% van de kosten voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie.

Vrijstelling in luik I:

Bij opname in het UZ Brussel en in de Tandheelkundige Kliniek VUB is er geen vrijstelling.

Bij opname in een ander ziekenhuis dan voornoemde instellingen is er een vrijstelling van 75,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

II. Ernstige Ziekten

De ambulante kosten voor gezondheidszorgen voor de volgende ziekten zijn gedekt:

kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, differitis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus (paratyfus en vlektyfus), encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, progressieve spierdystrofie, malaria, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, ziekte van Pompe en het Chronisch Vermoeidheids Syndroom.

Met wettelijke tegemoetkoming:

- de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
- de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
- de kosten voor paramedische prestaties;

- de kosten voor het huren van allerlei medisch materiaal;
- de geneesmiddelen.

Worden eveneens vergoed ongeacht of er wettelijke tegemoetkoming is, **op voorwaarde dat de zorgverstrekking plaatsvindt binnen het UZ Brussel, de Tandheeskundige Kliniek VUB, de eigen geneeskundige dienst, Sjerp, Kinetiek en voor zover de kosten voorkomen op een factuur van één van bovenvernoemde instellingen:**

- de niet-vergoedbare of onder categorie "D" opgenomen geneesmiddelen;
- de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- de farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.

Andere prestaties dan hierboven vermeld waarvoor geen wettelijke tussenkomst is voorzien, worden niet vergoed.

Omvang van de terugbetalingen in luik II:

De terugbetaling van de ambulante medische kosten voor de bovengenoemde ernstige ziekten waarvoor er tegemoetkoming van het ziekenfonds is voorzien, is beperkt tot maximum 1 maal de wettelijke tegemoetkoming.

De tussenkomst voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend maar die toch voor vergoeding in aanmerking komen, **op voorwaarde dat de zorgverstrekking plaatsvindt binnen het UZ Brussel, de Tandheeskundige Kliniek VUB, de eigen geneeskundige dienst, Sjerp, Kinetiek en voor zover de kosten voorkomen op een factuur van één van bovenvernoemde instellingen**, is beperkt. Zij worden mee opgenomen onder het plafond van luik III.

Vrijstelling in luik II:

Geen

III. Ambulante zorgen

De medische kosten voor ambulante geneeskundige verzorging zijn gedekt tot maximum 1 maal de wettelijke tussenkomst (indien er wettelijke tegemoetkoming is) én beperkt tot **maximum 250,00 EUR** per verzekerde en per verzekeringsjaar op voorwaarde dat:

- de ambulante geneeskundige verzorging verstrekt is in één van de volgende instellingen: het UZ Brussel, Sjerp, de eigen geneeskundige dienst, de Tandheeskundige Kliniek VUB en Kinetiek;
- de ambulante medische kosten voorkomen op een factuur van één van de volgende instellingen: het UZ Brussel, Sjerp, de eigen geneeskundige dienst, de Tandheeskundige Kliniek VUB en Kinetiek.

Welke kosten zijn uitgesloten?

Volgende kosten worden niet terugbetaald:

- esthetische behandelingen of verjongingskuren;
- dronkenschap, alcoholintoxicatie, doping, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift;
- sterilisatie en anticonceptiva behandeling;
- kunstmatige inseminatie en thermale kuren;
- oorlogsfeiten, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- bezoldigde sportbeoefening;
- opzettelijke daad, misdad of misdrijf, roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- uitwerking van radioactieve stoffen;
- zelfmoordpoging;
- persoonlijke kosten (telefoon, televisie,...).

Wat is het derdebetalersstelsel Medi-Link?

Het derdebetalersstelsel 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

Wie betaalt de premies?

De premies voor de hoofdverzekerden worden gedragen door de werkgever.

De premies voor de nevenverzekerden worden gedragen door de werknemer en geïnd via het loon.

De premies zijn maandelijks betaalbaar.

De maandpremie, inclusief RIZIV-bijdrage en taks, bedraagt:

- voor een kind jonger dan 21 jaar	:	5,52 EUR
- voor de hoofdverzekerde tot 64 jaar	:	11,07 EUR
- voor de nevenverzekerde tot 64 jaar	:	11,07 EUR
- voor een volwassene vanaf 65 tot 69 jaar	:	33,16 EUR
- voor een volwassene vanaf 70 jaar	:	44,22 EUR

De premies na (brug)pensionering worden geïnd via bankdomiciliëring op jaarbasis.

De premies van de weduwen, weduwnaars en wezen worden geïnd via bankdomiciliëring op jaarbasis.

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 69 57;
- 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 38
2140 ANTWERPEN

Telefoon: 03 217 69 57
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.