



**Verzekeringspolis van
collectieve hospitalisatie**

op naam van

OCMW BRUGGE

Uw verzekeringsproducent:

NV ASSURWEST

Opgemaakt op 8 juni 2012

A handwritten signature or mark in the bottom right corner of the page.



Bijzondere voorwaarden van de verzekeringspolis van collectieve hospitalisatie

DE VERZEKERINGNEMER

OCMW BRUGGE
Kartuizerinnenstraat 4
8000 BRUGGE

Het OCMW Brugge en alle hiermee verbonden verenigingen voor zover het OCMW hierin een belang heeft van minstens 25%, het A.Z. Sint-Jan Brugge – Oostende A.V., INFOHOS en de VZW Sint-Franciscus Xaveriusziekenhuis, die de collectieve verzekering afsluiten voor rekening van de hoofdverzekerden, zoals hierna gedefinieerd, en die gehouden is tot betaling van de premie.

REFERENTIENUMMER

07.1922

DE VERZEKERDEN

1) Hoofdverzekerden:

- 1.1. de statutaire personeelsleden in dienst van de verzekeringnemer;
- 1.2. de contractuele personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur, in dienst van de verzekeringnemer;
- 1.3. de contractueel aangestelde personeelsleden met een contract van bepaalde duur of een vervangingsovereenkomst van zodra zij een tewerkstelling van minstens één jaar hebben opgebouwd bij de verzekeringnemer. Een onderbreking van minder dan 1 maand telt mee voor het bepalen van de periode van 1 jaar.

2) Nevenverzekerden:

- 2.1. de in de punt 1 hiervoor vermelde personeelsleden die op rust- of brugpensioen worden gesteld vanaf 1 januari 2002;
- 2.2. de personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van bepaalde duur of een vervangingsovereenkomst waarvan de periode nog geen jaar bedraagt;
- 2.3. de echtgeno(o)t(e) of levenspartner met hetzelfde domicilie van de onder punt 1, en 2.1, 2.2 hiervoor vermelde personen, voor zover hun aansluiting gebeurt voor de leeftijd van 65 jaar;



- 2.4. de kinderen van de onder punt 1, 2.1, 2.2 en 2.3 vermelde personen, die op hun domicilie ingeschreven zijn;
- 2.5. de op dit ogenblik reeds gepensioneerde personeelsleden (ongeacht hun leeftijd) die aangesloten zijn op de huidige collectieve verzekering van het bestuur, alsmede hun echtgeno(o)t(e) of levenspartner en hun kinderen die op hun domicilie ingeschreven zijn;
- 2.6. de personeelsleden die ononderbroken onbezoldigde afwezigheid hebben van meer dan 1 maand, met uitzondering van de afwezigheden in het kader van ziekte, ouderschapsverlof, verlof medische bijstand en palliatief verlof;
- 2.7. de contractuele medewerkers die langer dan 1 jaar te rekenen vanaf 01/01/2002 en 2 jaar vanaf 01/01/2012 ononderbroken afwezig zijn wegens ziekte;
- 2.8. de OCMW voorzitter, raadsleden en ex-raadsleden van de raad voor maatschappelijk welzijn en de raad van beheer, dokters (zowel consulterend als hospitaliserend);
- 2.9. de onthaalmoeders van het OCMW Brugge.

DE AARD VAN DE DEKKING

A. Ziekenhuisopname:

1. Bij ziekenhuisopname, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, dienen de verzorgingskosten terugbetaald te worden, voor zover deze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV en verstrekt werden tijdens het verblijf in een ziekenhuis.

Hierin zijn begrepen:

- ✓ de verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
- ✓ de erelonen en ereloonsupplementen, evenwel beperkt tot het dubbel van de erelonen voorzien in de nomenclatuur;
- ✓ 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.



2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, worden 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" opgenomen geneesmiddelen;
 - ✓ de homeopatische 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 verblijfkosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;
 - ✓ de verblijfkosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 14 jaar (rooming-in);
 - ✓ de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden.

B. Pre- en posthospitalisatie:

1. Het betreft hier de medische kosten gedaan gedurende 30 dagen vóór en 90 dagen na de opname, die rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname en aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.

Zijn in deze periode 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 van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer;
 - ✓ 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, worden eveneens gewaarborgd:
 - ✓ de niet-vergoedbare of onder categorie "D" opgenomen geneesmiddelen;
 - ✓ de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - ✓ de kosten van verbanden en van het medisch materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.



C. Ernstige ziekten

1. Bij volgende ziekten : kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer en progressieve spierdystrofie, is de verzekering eveneens van toepassing op de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV en die in rechtstreeks verband staan met de ziekte, zoals ondermeer:

- ✓ 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 materiaal;
- ✓ de geneesmiddelen.

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

- ✓ de niet-vergoedbare of onder categorie "D" opgenomen geneesmiddelen;
- ✓ de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- ✓ de vervoerkosten;
- ✓ 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.

D. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp:

De verzekering dient eveneens van toepassing te zijn op de medische kosten voor thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp. Bijgevolg moeten bij thuisbevalling en poliklinische bevalling de waarborgen van het hoofdstuk "pre- en posthospitalisatie" vermeld hiervoor, eveneens verworven zijn, met inbegrip van de medische kosten voor de pasgeborene.

Onder kraamhulp dient te worden verstaan de kosten na een bevalling die in rekening gebracht worden door een erkende kraamzorginstelling. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorg die thuis verstrekt wordt door een bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin.



UITSLUITINGEN

- ✓ Voor esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheelkunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden wel ten laste genomen;
- ✓ Voor ziektes of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
 - in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van doping, narcotica 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 overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- ✓ Voor sterilisatie en anti-conceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen;
- ✓ Voor kunstmatige inseminatie, invitro fertilisatie en thermale kuren;
- ✓ Wegens 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;
- ✓ In geval van bezoldigde sportbeoefening;
- ✓ Ingevolge 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, weddenschap of uitdaging;
- ✓ Bij rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik om medische redenen van radioactieve stoffen;
- ✓ Bij vrijwillige verminking of zelfmoordpoging;
- ✓ Voor een ongeval waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig, of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.



AANGIFTE VAN HET SCHADEGEVAL EN ANDERE VERBINTENISSEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN DE VERZEKERDE

Wij vestigen de aandacht van de verzekeringnemer op het belang van zijn verbintenissen.

Het zou kunnen dat de maatschappij haar prestaties moet verminderen afhankelijk van de schade die voor haar voortvloeit uit de niet-naleving binnen de vermelde termijnen van de volgende verbintenissen, tenzij deze niet-naleving het gevolg is van overmacht.

Bovendien kan de maatschappij ertoe worden gebracht haar dekkingen te weigeren indien de verzekerde, met bedriegelijke opzet, de onderstaande verbintenissen niet heeft uitgevoerd.

AANGIFTE VAN HET SCHADEGEVAL

Dekkingen "ziekenhuisopname"

Elke ziekenhuisopname van de verzekerde, ongeacht de oorzaak, moet uiterlijk binnen een termijn van 30 dagen na de gebeurtenis aan de maatschappij worden aangegeven.

Dekking " ernstige ziekten"

Het overkomen of de diagnose van één van de door de collectieve polis gedekte ziekten, waardoor de verzekerde wordt getroffen, moet uiterlijk binnen een termijn van 30 dagen vanaf de gebeurtenis worden aangegeven.

ANDERE VERBINTENISSEN VAN DE VERZEKERDE

Dekkingen "ziekenhuisopname"

- De verzekerde bezorgt aan de maatschappij zo spoedig mogelijk de inlichtingen en de documenten die zij hem vraagt, in dit geval de originelen van de documenten die het bestaan en het bedrag van de gedekte kosten bewijzen.
- Hij voegt bij de aangifte elk document, attest en verslag dat de oorzaak van de ziekenhuisopname kan toelichten.
- De maatschappij moet op elk ogenblik door een door haar aangenomen arts kunnen laten controleren of de gezondheidstoestand van de verzekerde een ziekenhuisopname vereist.
- De verzekerde onderwerpt zich binnen 30 dagen aan de eventuele medische controles en andere formaliteiten die de maatschappij hem vraagt. Zij kan vragen dat de medische controles in België gebeuren.



Dekking "ernstige ziekten"

De verzekerde voegt bij de aangifte elk document, attest en verslag dat het bestaan van de door de collectieve polis gedekte ziekte kan bewijzen.

OMVANG VAN TERUGBETALINGEN DOOR DE VERZEKERAAR

- ✓ Per prestatie zoals bepaald onder 'de aard van de dekking' hiervoor, terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg, tot het drievoud van de bedragen der wettelijke tegemoetkomingen.
- ✓ Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend (vermeld onder A.2, B.2 en C.2 hiervoor) geldt:
 - een beperking van de tussenkomst tot 2.500 EUR per persoon en per kalenderjaar 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;
 - een bijkomende beperking van onze tussenkomst van 50 % van de kosten voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien.
- ✓ De terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 14 tot 25,00 EUR per nacht.
- ✓ De vervoerkosten in geval van dringende medische redenen bij ernstige ziekten (vermeld onder 3.C.2.) tot een globaal plafond van 250,00 EUR per persoon en per kalenderjaar.
- ✓ De verblijfskosten van een donor tot 1.250,00 EUR.
- ✓ De tussenkomst voor kraamhulp wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf dagen.

VRIJSTELLING

De vrijstelling is bepaald op 200,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar voor een eenpersoonskamer.

Deze vrijstelling is bepaald op 50,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar bij een opname in een ander type van kamer.

Er is geen vrijstelling in geval van een ernstige ziekte zoals bepaald onder C. 'Ernstige ziekten' hiervoor.

Wanneer de vrijstelling van toepassing is op een ononderbroken ziekenhuisopname gespreid over twee opeenvolgende kalenderjaren, wordt de vrijstelling slechts eenmaal toegepast.



Wanneer meerdere leden van eenzelfde gezin, die op de verzekering aangesloten zijn, gelijktijdig gehospitaliseerd worden ten gevolge van een ongeval, zal de vrijstelling slechts eenmaal toegepast worden voor alle gezinsleden samen en niet voor elk gezinslid afzonderlijk.

DE AANSLUITING EN WACHTTIJD

1) De hoofdverzekerden:

De hoofdverzekerden kunnen op vrijwillige basis aansluiten.

- ✓ Zij treden toe tot de verzekering door middel van het aansluitingsformulier dat het OCMW Brugge overmaakt aan de verzekeraar.
- ✓ De dekking loopt vanaf de eerste dag van de maand volgend op het overmaken van dit formulier aan de verzekeraar.
- ✓ Er is geen wachttijd, medische vragenlijst of medisch onderzoek.
- ✓ Deze regeling geldt zowel voor de hoofdverzekerden in dienst op de aanvangsdatum van de overeenkomst als voor de later in dienst tredende hoofdverzekerden.

2) Nevenverzekerden:

De nevenverzekerden hebben de mogelijkheid om op eigen kosten toe te treden tot de collectieve verzekering of hebben de mogelijkheid de collectieve verzekering verder te zetten.

- ✓ De toetreding van de nevenverzekerden gebeurt op dezelfde wijze als voor de hoofdverzekerden.
- ✓ Er is geen medische vragenlijst of medisch onderzoek.
- ✓ De algemene wachtermijn is DRIE MAANDEN.
- ✓ Deze wachtermijnen vervallen evenwel:
 - voor de nevenverzekerden die hun aansluiting bevestigen binnen de drie maanden volgend op het ontstaan van het recht tot aansluiting;
 - bij ongeval;
 - bij volgende acute of besmettelijke ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerobrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus;



- voor de nevenverzekerden die reeds van een verzekering genoten welke analoge voordelen waarborgt als deze overeenkomst, en voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de aansluiting bij de vorige verzekering. Er mag bovendien geen onderbreking zijn tussen beide verzekeringen;
 - voor pasgeborenen, nevenverzekerden van nieuw in dienst tredende hoofdverzekerden en personen die tengevolge van een verandering in hun familiale situatie het statuut van potentiële nevenverzekerde bekomen (bv. na huwelijk met een hoofdverzekerde) voor zover de aansluiting plaats heeft binnen de drie maanden volgend op de gebeurtenis;
 - bij de overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij oppensioenstelling, voor zover de bevestiging van hun aansluiting plaats heeft binnen de drie maanden volgend op de oppensioenstelling.
- ✓ Reeds bestaande ziekten of aandoeningen :
- De tegemoetkomingen worden niet aan de verzekerden verleend indien de aandoening (of invaliditeit ingevolge een ongeval) waarvoor om tegemoetkoming wordt verzocht, reeds bestond voor de datum van aansluiting op deze verzekering of niet gewaarborgd is door een reeds lopende verzekeringsovereenkomst.
Bijgevolg dient de continuïteit van in een eerdere verzekering gewaarborgde of nog lopende schadegevallen aan de verzekerden verworven te blijven.
 - De ziekte of aandoening die pas ontdekt wordt als de verzekeringsovereenkomst reeds drie jaar loopt, ook al bestond ze reeds voor de aansluiting, is wel gewaarborgd.

DE AFLOOP VAN DE DEKKING EN VAN DE PREMIEBETALING

Op de 65ste verjaardag van de verzekerde in functie bij de verzekeringnemer.

EINDE VAN DE INDIVIDUELE DEKKING

1) De hoofdverzekerden:

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

- ✓ het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op vraag van de hoofdverzekerde aan de verzekeringnemer;
- ✓ het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer;
- ✓ het overlijden van de hoofdverzekerde; in dit geval zal de verzekeraar het niet verbruikt premiegedeelte aan het betreffende bestuur overmaken.



2) Nevenverzekerden:

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

- ✓ het vrijwillig beëindigen op de jaarlijkse vervaldag van de overeenkomst op schriftelijk verzoek van de nevenverzekerde aan de verzekeraar;
- ✓ het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringsnemer, behoudens in geval van overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij pensionering;
- ✓ overlijden van de nevenverzekerde; in dit geval zal de door de verzekeraar het niet verbruikt premiegedeelte aan de erfgenamen van de nevenverzekerden overmaken
- ✓ opzegging door de verzekeraar bij niet-betaling van de premie.

TERRORISME

De huidige polis dekt de schadegevallen veroorzaakt door de terrorisme conform de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme.

Axa Belgium neemt deel aan de Terrorism Teinsurance an Insurance Pool, die opgericht werd conform de hierboven vermelde wet. Bijgevolg, wanneer een schadegeval veroorzaakt wordt door een gebeurtenis die als terrorisme erkend wordt, komt de maatschappij haar contractuele verbintenissen na conform de bepalingen van deze wet, met name wat betreft het bedrag en betalingstermijn van de uitkeringen.

PERSOONLIJKE VOORTZETTING

Wanneer de verzekerde niet langer de in deze polis van collectieve hospitalisatieverzekering voorziene dekking geniet vanwege de hierna opgesomde omstandigheden, kan hij zonder medische formaliteiten noch wachttijd alle bestaande dekkingen individueel voortzetten.

Om te kunnen genieten van de persoonlijke voortzetting, moet de hoofdverzekerde bij de verzekeringnemer gedurende minstens de twee jaar die voorafgaan aan de datum van stopzetting van dekking ononderbroken gedekt zijn geweest door een of meerdere opeenvolgende verzekeringscontracten «hospitalisatie – medische kosten» gesloten bij een verzekeringsmaatschappij.

De omstandigheden die leiden tot de stopzetting van de dekking van deze polis van collectieve hospitalisatieverzekering zijn de volgende:

- stopzetting van de functies van de verzekerde bij de verzekeringnemer tijdens de loopbaan: mogelijkheid tot contractsluiting voor bovenvermelde verzekerde en voor de gezinsleden die reeds verzekerd waren door deze polis van collectieve hospitalisatieverzekering;
- vanaf het ogenblik dat elk kind van de verzekerde niet meer voldoet aan de voorwaarden beschreven in het reglement in bijlage;



- overlijden, scheiding of echtscheiding van de hoofdverzekerde: mogelijkheid tot contractsluiting enerzijds voor de weduwnaar / weduwe en de gezinsleden die al door deze polis van collectieve hospitalisatieverzekering waren verzekerd en anderzijds voor de ex-echtgeno(o)t(e).

Informatie voor de hoofdverzekerde bij de verzekeringnemer

Van bij zijn aansluiting bij deze polis van collectieve hospitalisatieverzekering, informeert de verzekeringnemer de hoger vermelde verzekerde onmiddellijk over de mogelijkheid tot het individueel betalen van een bijkomende premie door hem en desgevallend het lid van de leden van zijn gezin.

Uiterlijk binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst, brengt de verzekeringnemer de hoofdverzekerde bij hem schriftelijk of elektronisch op de hoogte:

- van de datum van stopzetting van de dekking,
- van de mogelijkheid om de dekking individueel verder te zetten,
- van de termijn waarbinnen de hoofdverzekerde bij de verzekeringnemer, en desgevallend het lid of de leden van zijn gezin, hun recht op individuele voorzetting kunnen uitoefenen,
- van de contactgegevens van de verzekeringsmaatschappij.

Bepalingen met betrekking tot het individuele contract

Het door de verzekerde aanvaarde verzekeringscontract vangt aan op het ogenblik dat hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest.

De duur ervan is levenslang.

De tariefvoorwaarden zijn die die van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de dekkingen van de polis van collectieve hospitalisatieverzekering.

AANVANG

Deze polis vernietigt en vervangt de polis 'Collectieve hospitalisatieverzekering' in voege op 31/12/2011.

Aanvang op 1 januari 2012 en kent een looptijd van 2 jaar.



DUUR

Deze tekst vervangt de tekst voorzien in Artikel 7 – DUUR van de algemene voorwaarden.

Na deze periode wordt de overeenkomst stilzwijgend verlengd voor telkens een periode van één kalenderjaar, behoudens opzegging per aangetekende brief door de opzeggende partij te versturen tenminste drie maanden voor de vervaldag van de polis.

DE PREMIES

Vervaldag

Jaarlijkse vervaldag van de premie: de 1ste januari van elk jaar.

Bedrag van de jaarlijkse premies (inclusief kosten en lasten en de RIZIV-bijdrage)

- Premie hoofdverzekerde tot 65 jaar: 117,80 EUR

De premie voor de nevenverzekerden wordt bepaald op basis van de premie voor de hoofdverzekerde voor de volgende categorieën:

- per verzekerde tot 25 jaar: 50% van de premie hoofdverzekerde;
- per verzekerde van 25 tot 65 jaar: 100% van de premie hoofdverzekerde;
- per verzekerde van 65 tot 70 jaar: 200% van de premie hoofdverzekerde;
- per verzekerde ouder dan 70 jaar: 300% van de premie hoofdverzekerde;

PREMIEBETALING

1) De hoofdverzekerden:

De globale premie is trimestrieel vooraf opvraagbaar en trimestrieel vooraf betaalbaar. De globale premie wordt gedragen door de verzekeringnemer. De premie wordt vastgesteld per personeelslid tot de leeftijd van 65 jaar. De facturatie vermeldt afzonderlijk de naam en geboortedatum van de verzekerde, de periode waarover de facturatie loopt, het bedrag van de nettopremie, het bedrag van de taksen of bijdragen en het totale bedrag

2) Nevenverzekerden:

De globale premie is trimestrieel vooraf opvraagbaar en trimestrieel vooraf betaalbaar. De globale premie wordt gedragen door de nevenverzekerden via domiciliëring door de beheerder.



De premie wordt vastgesteld als volgt:

- ✓ per verzekerde tot de leeftijd van 25 jaar;
- ✓ per verzekerde vanaf 25 jaar tot 65;
- ✓ per verzekerde vanaf 65 tot 70 jaar;
- ✓ per verzekerde ouder dan 70 jaar.

De RIZIV-bijdrage valt respectievelijk ten laste van de verzekeringnemer en van de nevenverzekerden in verhouding tot de premies waarvoor ze moeten instaan.

BESCHERMING PERSOONSgegevens

De maatschappij behoudt zich het recht voor om het beheer van dit contract en/of van de schadegevallen aan een derde toe te vertrouwen. Tussen de maatschappij en de beheerder wordt een beheersovereenkomst gesloten waarin ondermeer en inzonderheid de verbintenissen van de beheerder als verwerker van de persoonsgegevens worden geregeld conform de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

PRIVACY

De wet op de bescherming van de persoonsgegevens is bij deze opdracht van toepassing. De verzekeraar zal de verstrekte persoonlijke gegevens met de nodige vertrouwelijkheid behandelen. Het medische geheim wordt strikt gerespecteerd. De verzekeraar en dienstverleners zullen de persoonlijke gegevens enkel verwerken in het kader van de opdracht. Zij zullen ze niet gebruiken voor commerciële doeleinden of doorgeven aan derden.

Algemene voorwaarden

Editie 4183692 / 01.2007

Afwijking van de algemene voorwaarden:

Artikel 2 – DOCUMENTEN DIE DE OVEREENKOMST VORMEN wordt aangevuld met onderstaande tekst:

...

Het waarborgcertificaat vat voor elke verzekerde de door hun contract verleende dekkingen samen, conform de huidige collectieve polis.



Artikel 3 – AANBEVELINGEN IN DE LOOP VAN HET CONTRACT wordt aangevuld met onderstaande tekst:

Beheer van het contract :

...

De verzekerde heeft de vrije keuze van arts en ziekenhuis voor zijn verzorging en zijn behandeling.

Artikel 4 – VERZEKERINGSGBIED wordt aangevuld met onderstaande tekst:

...

De waarborg wordt verleend na elke terugbetaling waarin een met het desbetreffende land afgesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de loontrekkenden voorziet of, bij gebreke hieraan, een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgeving van toepassing op de loontrekkenden.

Artikel 8 –WIJZIGING VAN HET CONTRACT wordt aangevuld met onderstaande tekst:

Tijdens de looptijd van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekeraar de voorwaarden niet aanpassen, behoudens een dwingende wetswijziging

De verzekeraar heeft niet het recht om op individuele basis hoofdverzekerden of nevenverzekerden uit te sluiten, tenzij in de gevallen vermeld onder 'Einde van de individuele dekking.

De in dit document hernomen bepalingen zijn van toepassing voor zover dit document ondertekend wordt teruggestuurd naar de maatschappij binnen de 2 maanden na opstelling ervan. Na deze termijn behoudt de maatschappij zich het recht voor om deze bepalingen te herzien.

Opgemaakt in tweevoud te Brussel, op 8 juni 2012.
Elke partij erkent één exemplaar te hebben ontvangen.

OCMW BRUGGE
(naam en hoedanigheid van de ondertekenaar)

AXA Belgium NV



Woordenlijst

ZIEKENHUISOPNAME

Elk medisch noodzakelijk verblijf van minstens één nacht in een ziekenhuis, of van minder dan één nacht voor zover er voor de uitgevoerde medische behandeling een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend op basis van een mini-, maxi-, super- of ander hiermee gelijkgesteld forfait.

GENEESMIDDEL

Product voorgeschreven door een arts en als dusdanig erkend door de minister bevoegd voor de Volksgezondheid.

MEDISCHE KOSTEN

Kosten betreffende:

- medische en paramedische prestaties voorgeschreven door de behandelende geneesheren.
- geneesmiddelen

ONGEVAL

Plotse en toevallige gebeurtenis die rechtstreeks wordt veroorzaakt door de werking van een uitwendige kracht buiten de wil van de verzekerde en die aanleiding geeft tot lichamelijk letsel.

Worden gelijkgesteld met ongevallen :

- verdrinking;
- letsels opgelopen bij het redden van in gevaar verkerende personen of goederen;
- vergiftiging en brandwonden ten gevolge van ofwel het onopzettelijk innemen van giftige of bijtende stoffen, ofwel het toevallig vrijkomen van gassen of dampen;
- complicaties van de aanvankelijke letsels veroorzaakt door een gedekt ongeval;
- hondsdolheid en tetanus.

Zelfmoord is geen ongeval.

ORTHOPEDISCH TOESTEL

Apparaat bestemd om misvorming van het lichaam te voorkomen of bij te sturen.

PALLIATIEVE ZORG

Pluridisciplinaire hulp en bijstand verleend in een ziekenhuis om globaal te voorzien in de lichamelijke, geestelijke en spirituele behoeften van de patiënten tijdens de terminale



fase van hun ziekte en die bijdraagt aan het behoud van een levenskwaliteit voor de patiënten en hun familie.

PROTHESE

Toestel dat de functie van een orgaan of een lidmaat volledig of gedeeltelijk vervult.

TERRORISME

Claudestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op persoon of op de economische waarde van een materiaal of immateriaal goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de autoriteiten onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

STAAT VAN DRONKENSCHAP

Toestand van een persoon die geen permanente controle meer heeft over zijn daden, zonder de vereiste dat deze zich er niet meer van bewust is.

WACHTTIJD

De periode waarin er geen uitkering verschuldigd is; deze periode gaat in op de aansluitingsdatum van de verzekerde.

WETTELIJKE TEGEMOETKOMING

- voor de in België gemaakte kosten: elke vergoeding bepaald door de de Belgische wetten die van toepassing zijn op de werknemers;
- voor de in het buitenland gemaakte kosten: elke vergoeding bepaald door een met het betrokken land gesloten overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van de werknemers of, bij ontstentenis, een bedrag gelijk aan de vergoeding bepaald door de Belgische wetten die van toepassing zijn voor de werknemers.

Onder Belgische wetten van toepassing op werknemers bij ziekte of ongeval wordt verstaan:

- de wetgeving betreffende de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit;
- de wetgeving betreffende de arbeidsongevallen;
- de wetgeving betreffende de beroepsziekten



ZIEKENHUIS

Een openbare of privé-instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis, met uitsluiting van gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische diensten of inrichtingen, rusthuizen, geriatrie instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van bejaarden, instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van herstellenden of kinderen, alsmede deze die een bijzondere erkenning als rust-en verzorgingstehuis gekregen hebben.

ZIEKTE

Een aantasting van de gezondheid van andere oorsprong dan een ongeval, die objectieve symptomen vertoont.

AANDOENING

- een aantasting van de gezondheid door ziekte of ongeval
- een zwangerschap of bevalling

VRIJSTELLING

Deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de verzekerde.

De vrijstelling zal slechts éénmaal worden afgetrokken voor de volgende situaties:

- voor verschillende verzekerden van éénzelfde gezin betrokken in éénzelfde ongeval;
- voor de kosten van de bevalling voor moeder en kind, op voorwaarde dat het ganse gezin verzekerd is;
- voor een ononderbroken hospitalisatie gesitueerd in twee schadejaren.

SCHADEGEVAL

Elke gebeurtenis waarvoor de waarborgen van de verzekeringspolis kunnen worden aangesproken.

VOORAFBESTAANDE AANDOENINGEN

De ziekten, ongevallen, zwangerschappen en bevallingen die zich hebben voorgedaan vóór de aansluitingsdatum of waarvan de oorzaak (oorzaken) vóór die datum gekend is (zijn).

VERBLIJFKOSTEN

Het wettelijk remgeld, het supplement dat aangerekend wordt voor het verblijf in een één- of tweepersoonskamer en de forfaitaire dagprijs voor de geneesmiddelen.