



UW HOSPITALISATIEVERZEKERING AZ Sint-Jan Brugge – Oostende AV & OCMW BRUGGE

Deze versie is geldig vanaf 1 januari 2023.

Wat zijn de voordelen van deze verzekering?

AZ Sint-Jan Brugge – Oostende AV & OCMW Brugge heeft in uw voordeel een collectieve hospitalisatieverzekering onderschreven bij AXA Belgium zodat u, naast de wettelijke tegemoetkoming, een tussenkomst zal verleend worden in de gemaakte verzekerde medische kosten.

Wie kan genieten van deze verzekering?

Hoofdverzekerden

- statutaire personeelsleden;
 - contractuele personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur;
 - contractuele aangestelde personeelsleden met een contract van bepaalde duur of een vervangingsovereenkomst vanaf 1 jaar dienst. Een onderbreking van minder dan 1 maand telt mee voor het bepalen van de periode van 1 jaar;
- sluiten aan op vrijwillige basis. De premie is ten laste van de werkgever (verzekeringnemer) tot de leeftijd van 65 jaar.

Nevenverzekerden

- de hoofdverzekerden die op rustpensioen gesteld zijn of in SWT (stelsel van werkloosheid met bedrijfsstoelag) gegaan zijn vanaf 1 januari 2002;
 - personeelsleden met een contract van bepaalde duur of een vervangingsovereenkomst minder dan 1 jaar dienst;
 - de echtgeno(o)t(e) of levenspartner die op het adres van de hoofdverzekerde gedomicilieerd is, voor zover hun aansluiting gebeurt voor de leeftijd van 65 jaar;
 - de kinderen die op het adres van de hoofdverzekerde gedomicilieerd zijn;
 - de reeds gepensioneerden die aangesloten waren op de huidige collectieve verzekering van het bestuur, alsmede hun echtgeno(o)t(e) of levenspartner of kinderen die op hun domicilie ingeschreven zijn;
 - personeelsleden die ononderbroken onbezoldigde afwezigheid hebben van meer dan 1 maand behalve door ziekte, ouderschapsverlof, verlof medische bijstand en palliatief verlof;
 - contractuele medewerkers die langer dan 1 jaar vanaf 1/1/2002 en 2 jaar vanaf 1/1/2012 ononderbroken afwezig zijn wegens ziekte;
 - OCMW voorzitter, raadsleden en ex-raadsleden van de raad voor maatschappelijk welzijn, raad van beheer, dokters (zowel consulterend als hospitaliserend);
 - onthaalmoeders van AZ Sint-Jan Brugge – Oostende AV & OCMW Brugge;
- sluiten aan op vrijwillige basis. De premie is ten laste van de nevenverzekerden zelf.

Welke vergoeding wordt verleend?

A) Ziekenhuisopname

Bij ziekenhuisopname, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, worden de verzorgingskosten terugbetaald, voor zover deze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en in bepaalde gevallen ook de medische kosten zonder wettelijke tussenkomst verstrekt tijdens het verblijf in een ziekenhuis van minstens één nacht of van minder dan één nacht voor zover er voor de uitgevoerde medische behandeling een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend op basis van een maxiforfait, miniforfait, dagziekenhuisforfait, het forfait chronische pijn, gipskamerforfait of ander hiermee gelijkgesteld forfait.

B) Pre- en posthospitalisatie

Het betreft hier de medische kosten gedaan gedurende 2 maanden vóór en 6 maanden na de verzekerde 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 en in bepaalde gevallen ook de medische kosten zonder wettelijke tussenkomst.

C) Ernstige ziekten

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, progressieve spierdystrofie is deze 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 ernstige ziekte en in bepaalde gevallen ook de medische kosten zonder wettelijke tussenkomst.

D) Thuisbevallingen, poliklinische bevallingen 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.

Tussenkomstgrenzen?

De vergoeding van AXA Belgium gebeurt steeds na:

- de wettelijke tegemoetkoming van het ziekenfonds;
- eventuele andere tegemoetkomingen.



Daarnaast is de tussenkomst van AXA Belgium beperkt tot:

- 3-maal de wettelijke tussenkomst per prestatie of kost;
- maximaal 2.946,47 EUR per verzekerde en per kalenderjaar voor verzekerde kosten zonder wettelijke tegemoetkoming (zie hierboven A, B en C):
 - niet herbruikbare materialen die gebruikt worden tijdens een chirurgische ingreep;
 - viscerosynthese- en endoprothese-materialen;
 - niet-vergoedbare geneesmiddelen (geneesmiddelen van categorie D);
- 50% van de gemaakte kosten voor homeopathie, acupunctuur, osteopathie en chiropraxie indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien;
- 29,47 EUR per nacht voor de verblijfskosten van een ouder bij hospitalisatie van een verzekerd kind jonger dan 14 jaar (rooming-in);
- maximaal 12 dagen voor kraamhulp;
- 294,65 EUR per verzekerde en per kalenderjaar voor vervoerkosten in geval van dringende medische redenen bij ernstige ziekten;
- de verblijfskosten van een donor tot 1.473,24 EUR.

Van het totaal van de verzekerde kosten wordt tot slot een vrijstelling of franchise van:

- 235,70 EUR per verzekerde, per kalenderjaar afgehouden. Deze vrijstelling of franchise is enkel van toepassing bij ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer;
- 58,92 EUR per verzekerde, per kalenderjaar afgehouden. Deze vrijstelling of franchise is van toepassing bij ziekenhuisopname in een ander type van kamer.

Territorialiteit?

Deze waarborgen zijn geldig in heel de wereld. Wanneer de verzekerde zijn gebruikelijke verblijfplaats niet in België heeft of wanneer hij langer dan 6 maanden per jaar in het buitenland verblijft, worden ze slechts verleend, op voorwaarde dat de maatschappij akkoord gaat.

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.

Welke wachttijden en medische formaliteiten dienen gerespecteerd te worden?

Hoofdverzekerden

- geen medische vragenlijst of medisch onderzoek;
- geen wachttijd.

Nevenverzekerden

- geen medische vragenlijst of medisch onderzoek;
- algemene wachttijd van 3 maanden.

Deze wachttijd vervalt evenwel:

- voor de nevenverzekerden die hun aansluiting bevestigen binnen de drie maanden volgend op het ontstaan van het recht tot aansluiting;
- bij ongeval;
- bij bepaalde acute of besmettelijke ziekten;
- voor de nevenverzekerden die reeds van een verzekering genoten die 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 ten gevolge van een verandering in hun familiale situatie het statuut van potentiële nevenverzekerden bekomen 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 de aansluiting plaats heeft binnen de drie maanden volgend op de oppensioenstelling.

De tegemoetkomingen worden niet verleend indien de aandoening waarvoor tegemoetkoming wordt gevraagd, reeds bestond op het ogenblik van de aansluiting, tenzij deze reeds gewaarborgd is door een reeds lopende verzekering (continuïteit).

De ziekte of aandoening die pas ontdekt wordt als deze verzekeringsovereenkomst reeds drie jaar loopt, ook al bestond ze reeds voor de aansluiting, is wel gewaarborgd.

Hoelang kunt u genieten van deze verzekering?

Voor 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 of contractuele arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer, overlijden van de hoofdverzekerde. De waarborgen en de premiebetalingen worden stopgezet op het tijdstip waarin u geen deel meer uitmaakt van het personeel, of waarin u een gepensioneerd personeelslid wordt. Gepensioneerde personeelsleden kunnen zich vanaf die dag evenwel vrijwillig en op eigen kosten verder laten verzekeren.

Voor de nevenverzekerde wordt een einde gesteld door vrijwillig beëindigen op de jaarlijkse vervaldag mits schriftelijk verzoek, het beëindigen of verbreken van de statutaire of contractuele arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer (behalve bij pensionering hoofdverzekerde), overlijden van de nevenverzekerde, aangetekende opzegging door verzekeraar bij niet-betaling van de premie, niet voldoen hoedanigheid nevenverzekerde.

Individuele voortzetting

Wanneer de verzekerde het recht op aansluiting bij deze collectieve verzekering verliest, kan hij zonder medische formaliteiten en wachttijden de verzekering individueel voortzetten indien aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

Voorwaarden?

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



Eventuele voorafbestaande aandoeningen die momenteel verzekerd zijn, blijven in dit geval ook gedekt.

Welke termijnen?

Uiterlijk binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze polis door de hoofdverzekerde, zal de werkgever de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengen van de mogelijkheid tot voortzetting.

De hoofdverzekerde, en desgevallend de leden van zijn gezin, beschikken over een termijn van dertig dagen om de beheerder schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van hun intentie om de verzekering geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. Deze termijn kan met dertig dagen verlengd worden op voorwaarde dat de beheerder daarvan schriftelijk of elektronisch in kennis wordt gesteld.

De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van de brief waarin de werkgever de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengt van het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering en de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Deze termijn loopt in elk geval af na honderd en vijf dagen te rekenen vanaf de dag van het verlies van het voordeel van de dekking.

Wanneer een lid van het gezin van de hoofdverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt dat lid over een termijn van honderd en vijf dagen om de maatschappij schriftelijk of elektronisch ter kennis te brengen van zijn intentie om zijn recht op individuele voortzetting uit te oefenen. Deze termijn van honderd en vijf dagen vangt aan op het moment van het verlies van aansluiting op de collectieve verzekering.

Welke individuele verzekering?

De voorwaarden van het individuele contract zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de verzekeringsmaatschappij op het ogenblik van voortzetting, waarbij minstens waarborgen geboden worden die gelijksoortig zijn met de waarborgen van de collectieve verzekering.

De tariefvoorwaarden zijn die die van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering.

Het door de verzekerde aanvaarde individuele contract vangt aan op het ogenblik dat hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest en is in principe levenslang.

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.

Meer info over Medi-Link vindt u via www.vanbreda-health.be/medi-link. Met onze **Vanbreda app** heeft u steeds al uw kaarten digitaal bij de hand (Medi-Link, AssurPharma, Assi-Link – indien van toepassing in uw contract).

Hoeveel kost dergelijke verzekering?

De trimestriële premie (inclusief alle kosten en lasten en RIZIV-bijdrage) bedraagt:

- voor een nevenverzekerde jonger dan 25 jaar (kind)	11,77 EUR
- voor een nevenverzekerde jonger dan 65 jaar	33,18 EUR
- voor een nevenverzekerde jonger dan 70 jaar	66,35 EUR
- voor een nevenverzekerde vanaf 70 jaar	99,53 EUR

Op elke jaarlijkse vervalddag kunnen de bovenvermelde premies geïndexeerd worden.

Vanbreda Risk & Benefits gebruikt uw persoonsgegevens onder meer om te voldoen aan alle wettelijke verplichtingen en om haar rol als beheerder van uw medisch plan optimaal te kunnen vervullen. Meer info omtrent de verwerking van uw persoonsgegevens vindt u in ons privacybeleid op onze website <https://www.vanbreda.be/nl/privacy/>.

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