

Toelichting bij het hospitalisatieplan

Agfa - Gevaert N.V.	Agfa Finance N.V.
Agfa Graphics N.V. (uitgez. Mini / Maxi plannen)	Aginter N.V.
Agfa Healthcare N.V. (uitgez. Mini / Maxi plannen)	Agfa Healthcare International N.V. (uitgez. Mini / Maxi plannen)

Dit hospitalisatieplan door bovenstaande maatschappijen afgesloten met beheerder Vanbreda Risk & Benefits heeft als ingangsdatum **01.11.2008**. Dit is tevens de vervaldag van het plan.

Deze versie geldt vanaf 01.11.2015.

Wie kan aansluiten bij dit hospitalisatieplan?

* de deelgroep: '**Jonger dan 65**':

- 1) Iedere werknemer van Agfa-Gevaert, Agfa Graphics, Agfa Healthcare of Agfa Finance met een arbeidsovereenkomst van meer dan 1 maand wordt automatisch bij deze verzekering aangesloten vanaf de dag van indiensttreding. Jobstudenten en werknemers met een interimcontract kunnen niet aansluiten.
- 2) De werknemer kan zijn / haar partner of kinderen aansluiten vanaf de dag van het recht op aansluiting. Het recht op aansluiting vangt aan op datum van indiensttreding, huwelijk, wettelijke samenwoning, geboorte, ...

→ Enkele definities en verduidelijkingen:

Indien de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 2 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting, spreken we van een tijdige aansluiting.

Er is ook sprake van een tijdige aansluiting op een later tijdstip dan de hierboven vermelde 'dag van recht op aansluiting' indien de aansluiting gebeurt binnen de 2 maanden volgend op het verlies van een gelijkaardige polis elders. De aansluiting op die gelijkaardige polis elders dient aangetoond te worden met een attest van aansluiting.

Gebeurt de vraag tot aansluiting na de 2 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting (of verlies van aansluiting op een gelijkaardige polis elders), spreken we van een laattijdige aansluiting (zie ook verder: 'medische formaliteiten en wachttijden').

→ Onder leden van het gezin wordt verstaan:

- de echtgenoot of echtgenote;
- de partner van hetzelfde of het andere geslacht die geen enkele familieband heeft met de werknemer en waarmee een wettelijke samenwoning wordt gevormd in de zin van de fiscale wetgeving (die samenwonende partners gelijkstelt met gehuwden). Deze samenwoning wordt bewezen d.m.v. een verklaring die hiervoor bij de ambtenaar van de burgerlijke stand is afgelegd;
- de kinderen van de werknemer, van de echtgeno(o)t(e) of van de wettelijk samenwonende partner, die kinderbijzlaggerechtigd zijn;

- kinderen die niet kinderbijslaggerechtigd zijn, voor zover zij reeds aangesloten waren, ongehuwd zijn en bij de werknemer inwonen of omwille van studieredenen ergens anders verblijven;
- kinderen van ouders die na het ontbinden van het huwelijk of de wettelijke samenwoning ten laste zijn van het gescheiden gezinslid op voorwaarde dat de werknemer verplicht is alimentatiegeld te betalen of in geval van co-ouderschap.

Bij aansluiting van het gezin dienen alle gezinsleden aan te sluiten, tenzij de echtgenote / samenwonende partner en/of de in aanmerking komende kinderen elders aangesloten zijn bij een gelijkaardige verzekeringspolis. Van dit laatste dient een attest te worden voorgelegd.

Alle wijzigingen in de gezinstoestand moeten steeds worden meegedeeld aan Vanbreda (via e-mail agfa@vanbreda.be of via het wijzigingsformulier).

Het betreft hier wijzigingen zoals:

- schrapping van aangeslotenen;
- nieuwe aansluitingen (bij geboorte, huwelijk, wettelijke samenwoning,...);
- verlies van kinderbijslag voor een kind.

3) De werknemer met bruggpensioen (CAO 17) blijft automatisch verder aangesloten onder de voorwaarden van de deelgroep 'Jonger dan 65'. Ook de reeds aangesloten gezinsleden kunnen verder aangesloten blijven onder dezelfde voorwaarden.

Alle wijzigingen in de gezinstoestand moeten steeds worden meegedeeld aan Vanbreda (via e-mail agfa@vanbreda.be of via het wijzigingsformulier).

Het betreft hier wijzigingen zoals:

- schrapping van aangeslotenen;
- verlies van kinderbijslag voor een kind.

4) De werknemer met flexibel pensioen kan zich verder aansluiten onder de voorwaarden van de deelgroep 'Jonger dan 65' tot aan de leeftijd van 65 jaar (vanaf deze leeftijd wordt men ondergebracht bij de deelgroep 'Vanaf 65').

De reeds aangesloten gezinsleden van de flexibel gepensioneerde kunnen verder aangesloten blijven, ongeacht hun leeftijd, aan dezelfde voorwaarden van de deelgroep 'Jonger dan 65' en dit tot de ex-werknemer 65 jaar is geworden (vanaf deze leeftijd worden de gezinsleden ook ondergebracht bij de deelgroep 'Vanaf 65' – zie verder).

Alle wijzigingen in de gezinstoestand moeten steeds worden meegedeeld aan Vanbreda (via e-mail agfa@vanbreda.be of via het wijzigingsformulier).

Het betreft hier wijzigingen zoals:

- schrapping van aangeslotenen;
- adreswijzigingen.

5) Reeds aangesloten weduwen(aars) en gezinsleden van werknemers die zijn overleden terwijl hun arbeidsovereenkomst nog steeds van toepassing was, of tijdens de periode waarin ze met bruggpensioen (CAO 17) zijn, of van flexibel gepensioneerden (op leeftijd jonger dan 65 jaar) kunnen verder aangesloten blijven onder de voorwaarden van de deelgroep 'Jonger dan 65'.

Voor al deze personen gelden de voorwaarden tot op de datum dat de weduwe(naar) de leeftijd van 65 jaar bereikt.

Alle wijzigingen in de gezinstoestand moeten steeds worden meegedeeld aan Vanbreda (via e-mail agfa@vanbreda.be of via het wijzigingsformulier).

Het betreft hier wijzigingen zoals:

- schrapping van aangeslotenen;
- adreswijzigingen.

6) De werknemer met vervroegd rustpensioen voor 65 kan zich verder aansluiten onder de voorwaarden van de deelgroep 'Jonger dan 65' tot aan de leeftijd van 65 jaar (vanaf deze leeftijd wordt men ondergebracht bij de deelgroep 'Vanaf 65').

De reeds aangesloten gezinsleden van de vervroegde gepensioneerde kunnen verder aangesloten blijven, ongeacht hun leeftijd, aan dezelfde voorwaarden van de deelgroep 'Jonger dan 65' en dit tot de ex-werknemer 65 jaar is geworden (vanaf deze leeftijd worden de gezinsleden ook ondergebracht bij de deelgroep 'Vanaf 65' – zie verder).

Alle wijzigingen in de gezinstoestand moeten steeds worden meegedeeld aan Vanbreda (via e-mail agfa@vanbreda.be of via het wijzigingsformulier).

Het betreft hier wijzigingen zoals:

- schrapping van aangeslotenen;
- adreswijzigingen.

* de deelgroep: **'Vanaf 65'**

1) Alle werknemers 'uit dienst' kunnen vanaf de leeftijd van 65 jaar verder aangesloten blijven bij het hospitalisatieplan, onder de voorwaarden van de deelgroep 'Vanaf 65'. De reeds aangesloten gezinsleden van de ex-werknemer van 65 jaar of ouder, kunnen verder aangesloten blijven, ongeacht hun leeftijd, onder de voorwaarden van de deelgroep 'Vanaf 65'

Deze voorwaarden, voor de aangeslotenen van deze deelgroep, zijn dat men verzekerd blijft in het basisplan, wat betekent dat dezelfde waarborgen van toepassing zijn als deze in het huidige plan, behalve dat er geen terugbetaling meer voorzien is voor de aangerekende supplementen bij een opname in een éénpersoonskamer.

Iedere verzekerde behorend tot de deelgroep 'Vanaf 65' kan wel kiezen voor een 'upgrade', waardoor men, door het betalen van een bijkomende premie, eveneens tussenkomst (beperkt tot 90%) bekomt voor de aangerekende supplementen bij opnames in een éénpersoonskamer.

De keuze voor deze upgrade moet gemaakt worden bij de leeftijd van 65 jaar en geldt steeds voor alle verzekerden (dus ook voor de aangesloten gezinsleden). Zij kan niet op latere leeftijd genomen worden. Omgekeerd, kiezen voor de upgrade die op latere leeftijd terug wordt geschrappt, waardoor het basisplan terug van toepassing wordt, kan wel op de vervalddag van het hospitalisatieplan.

Alle wijzigingen in de gezinstoestand moeten steeds worden meegedeeld aan Vanbreda (via e-mail agfa@vanbreda.be of via het wijzigingsformulier).

Het betreft hier wijzigingen zoals:

- schrapping van aangeslotenen;
- adreswijzigingen;
- gewenste overgang van formule (van upgrade naar basis) op de vervalddag van het hospitalisatieplan.

2) Weduwen(aars) van ex-werknemers die tot de deelgroep 'Vanaf 65' behoorden, kunnen voor zichzelf en nog eventuele kinderen verder verzekerd blijven onder de voorwaarden van die deelgroep (basisplan, eventueel aangevuld met upgrade).

Alle wijzigingen in de gezinstoestand moeten steeds worden meegedeeld aan Vanbreda (via e-mail agfa@vanbreda.be of via het wijzigingsformulier)

Het betreft hier wijzigingen zoals:

- schrapping van aangeslotenen;
- adreswijzigingen;
- gewenste overgang van formule (van upgrade naar basis) op de vervalddag van het hospitalisatieplan.

Zijn er medische formaliteiten?

Bij tijdige aansluiting: geen medische formaliteiten.

Bij laattijdige aansluiting: wel medische formaliteiten.

Deze medische formaliteiten starten met het invullen en ondertekenen door de kandidaat – aangeslotene van een formulier 'medische vragenlijst'. De kosten van eventuele bijkomende medische onderzoeken zijn ten laste van de kandidaat – aangeslotene.

Het hospitalisatieplan kan de aansluiting aanvaarden, bepaalde aandoeningen uitsluiten of de aansluiting weigeren.

Zijn er wachttijden?

De wachttijd is de periode die begint vanaf de datum van aansluiting en tijdens dewelke er geen dekking is.

Bij tijdige aansluiting: geen wachttijden.

Bij laattijdige aansluiting: een wachttijd van 6 maanden voor hospitalisatie door ziekte en voor bevallingen.

Voor hospitalisatie voor ongevallen en voor een lijst van acute infectieziekten, is er geen wachttijd.

Is er dekking voor voorafbestaande aandoeningen?

Voorafbestaande aandoeningen: ziekten, ongevallen en zwangerschappen die zich hebben voorgedaan voor de aansluitingsdatum of waarvan de oorzaak (oorzaken) voor die datum bekend is (zijn).

Bij tijdige aansluitingen zijn de voorafbestaande aandoeningen gedekt.

Bij laattijdige aansluitingen worden de kosten voor voorafbestaande aandoeningen nooit terugbetaald.

Wanneer eindigt de aansluiting?

- voor de werknemer en zijn aangesloten gezinsleden: bij beëindiging van de arbeidsovereenkomst tijdens de actieve loopbaan (ingeval van brugpensioen (CAO 17), bij flexibele pensionering of bij vervroegd rustpensioen voor 65 : zie 'Wie kan aansluiten bij dit hospitalisatieplan');
- voor een kind: als het niet meer aan de aansluitingsvoorwaarden voldoet;
- voor de echtgenoot / echtgenote: bij wettelijke scheiding;
- voor de samenwonende partner: bij de formele beëindiging van de wettelijke samenwoning;
- voor de weduwe, weduwnaar of overlevende partner: bij het huwelijk of het samenwonen in echtelijke gemeenschap van de weduwe, de weduwnaar of de overlevende partner.

Bij schorsing van de arbeidsovereenkomst (loopbaanonderbreking, palliatief verlof, ...) van de werknemer wordt de aansluiting van de werknemer en zijn aangesloten gezinsleden verdergezet.

Individuele voortzetting

Wanneer u het recht op aansluiting bij dit plan verliest, krijgt u de mogelijkheid om, samen met de gezinsleden die 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 dit plan of 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 dit plan blijven bovendien in het individuele contract verzekerd.

2. Termijnen

Hoofdaangeslotene

Binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel 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 dit plan en de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Deze termijn loopt in ieder geval af honderdvijf dagen na de dag van het verlies van het voordeel van dit plan.

Aangesloten gezinsleden

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

De tariefvoorwaarden zijn gelijk aan diegene die van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van dit plan.

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

Voorfinanciering

In vergelijking met de premies van een hospitalisatieplan, zijn de premies van deze individuele verzekeringen doorgaans een stuk duurder. Daarom voorziet de wet op de ziekteverzekeringen in een systeem van voorfinanciering.

De mogelijkheid bestaat om individueel een bijkomende premie te betalen waardoor de premie in geval van individuele voortzetting berekend wordt rekening houdende met de bijkomende premies die betaald zijn. Dit gebeurt in een afzonderlijk contract, ook wachtpolis genoemd.

Informatie hieromtrent kan u terugvinden op de website: www.wachtpolis.be.

Wat is er gedekt door het hospitalisatieplan?

De gedekte risico's zijn ziekte, ongeval, zwangerschap en bevalling.

In het hospitaal

Onder verpleeginrichting verstaan we een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis en waar er gebruik gemaakt wordt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen, met uitzondering van gesloten psychiatrische instellingen, medico-pedagogische instellingen, instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen en rustoorden, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen, die een 'bijzondere erkenning als rust – en verzorgingstehuis' verkregen hebben.

Onder hospitalisatie verstaan we: het medisch noodzakelijk verblijf in een verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. Dit houdt zowel het verblijf in van minstens één nacht, als het concept 'daghospitalisatie'.

Een opname in een spoedafdeling komt niet in aanmerking.

De terugbetaling omvat de kosten:

- voor verblijf;
- voor erelonen in verband met verstrekkingen die opgenomen zijn in de ZIV – nomenclatuur;
- voor onderzoeken en behandelingen die opgenomen zijn in de ZIV – nomenclatuur;
- voor geneesmiddelen afgeleverd door de apotheek en voorgeschreven door een geneesheer;
- de kosten voor medisch, dringend gerechtvaardigd vervoer of voor noodzakelijke en dringende repatriëring naar België (beperkt tot 682,37 EUR per verzekerde, per schadejaar).

De waarborg geldt uitsluitend voor kosten die rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie.

Buiten het hospitaal

- binnen de waarborg pre – en posthospitalisatie : de medisch noodzakelijke ambulante kosten die rechtstreeks in verband staan met de hospitalisatie, die werden gemaakt binnen een termijn van 3 maanden vóór en 6 maanden na de gedekte hospitalisatie en die verleend of voorgeschreven zijn door een geneesheer en opgenomen zijn in de ZIV-nomenclatuur, evenals van de tijdens die periode aangekochte geneesmiddelen welke voorgeschreven zijn door een geneesheer en afgeleverd door een apotheker. De kosten voor vervoer worden niet terugbetaald;
- binnen de waarborg 'ernstige ziekten': In geval van AIDS, amyotrofische lateraal sclerose, 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, ziekte van Pompe, hemofilie, worden de werkelijk voor de behandeling gemaakte medische ambulante kosten terugbetaald voor zover ze verleend of voorgeschreven zijn door een geneesheer en opgenomen zijn in de ZIV-nomenclatuur, evenals van de tijdens die periode aangekochte geneesmiddelen welke voorgeschreven zijn door een geneesheer en afgeleverd door een apotheker, evenals de kosten voor ontledingen of onderzoeken vereist door de ziekte alsook de huurkosten voor allerlei bijzonder materieel. De kosten voor vervoer worden niet terugbetaald.

De waarborg geldt uitsluitend voor de kosten die rechtstreeks verband houden met de 'ernstige ziekte'. Deze ziekten zijn uiteraard ook gedekt in geval van hospitalisatie.

Opmerking:

- De verzekerde heeft de vrije keuze van geneesheer (die wettelijk gemachtigd is te praktiseren), van wettelijk erkende verpleeginrichting en van kamer.

Welke zijn de maximum waarborgen?

(na tussenkomst ziekenfonds of andere organismen)

- Voor de kosten in het hospitaal en de kosten buiten het hospitaal in de periode 3 maanden vóór en 6 maanden na de hospitalisatie: onbeperkt. De terugbetaling van de supplementen op verblijfskosten en honoraria, aangerekend op de hospitalisatiefactuur, bij opname in een eenpersoonskamer wordt echter beperkt tot 90%.
- Voor de kosten buiten het hospitaal voor de bovenvermelde lijst van ernstige ziekten: 8.188,40 EUR per verzekerde per schadejaar.
- Rooming-in: verblijfskosten van één van de ouders bij opname van een aangesloten kind tot 14 jaar worden terugbetaald met een maximum van 27,53 EUR per dag en een maximum van 10 dagen per hospitalisatie.
- Mortuariumkosten worden terugbetaald indien aangerekend op de ziekenhuisfactuur.
- De kosten voor kraamhulp worden terugbetaald voor maximum 12 kalenderdagen min het aantal gefactureerde hospitalisatiedagen. Onder kraamhulp wordt verstaan de door een erkende kraamzorginstelling gefactureerde kosten voor de zorgen verstrekt door een bevoegde kraamverzorger.
- Verblijfskosten van de orgaan – of weefseldonor ten bate van een aangeslotene en voor zover de transplantatie medisch gerechtvaardigd is, worden terugbetaald met een maximum van 1.364,73 EUR per verzekerde en per schadejaar.
- Voor geestes- en zenuwziekten die aanleiding geven tot een hospitalisatie worden de kosten onbeperkt in tijd terugbetaald.
- Kosten van een wiegendoodtest.
- Kosten ontstaan door het gebruik van medische technieken en medische materialen tijdens de hospitalisatie waarvoor er geen wettelijke tussenkomst voorzien is, worden terugbetaald aan 100% van de ten laste blijvende kosten met een maximum van 5.458,93 EUR per verzekerde en per schadejaar.
- Medisch verantwoorde kosten tijdens de hospitalisatie waarvoor er geen wettelijke tussenkomst voorzien is, worden terugbetaald aan 100% van de ten laste blijvende kosten.

- Medisch verantwoorde kosten, op voorschrift van een geneesheer gemaakt tijdens de pre- en post-periode of in de waarborg “ernstige ziekten” (voorbeeld: acupunctuur, homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie, psychotherapie, geneesmiddelen van categorie D, geregistreerde homeopathische middelen, ...) worden terugbetaald aan 100% van de ten laste blijvende kosten binnen de respectievelijke waarborg.
- De kosten voor palliatieven zorgen worden terugbetaald.
- De kosten voor tandprothesen, tandheelkundige zorgen en behandelingen in het kader van een medisch noodzakelijke opname of in de pre – post periode of i.v.m. één van de hogergenoemde ernstige ziekten:
 - bij wettelijke tegemoetkoming, per prestatie beperkt tot 3 x ZIV. De totale uitkering, rekening houdend met de wettelijke tegemoetkoming, moet ten minste gelijk zijn aan 50% van de reële kosten per prestatie;
 - geen wettelijke tegemoetkoming: geen tussenkomst.
- De kosten voor prothesen andere dan tandprothesen, in het kader van een medisch noodzakelijke opname of in de pre – post periode of i.v.m. één van de hogergenoemde ernstige ziekten:
 - bij wettelijke tegemoetkoming, per prestatie beperkt tot 3 x ZIV. De totale uitkering, rekening houdend met de wettelijke tegemoetkoming, moet ten minste gelijk zijn aan 50% van de reële kosten;
 - geen wettelijke tegemoetkoming: tussenkomst gelijk aan 50% van de reële kosten per prestatie.
- De aankoop van orthopedische toestellen wordt terugbetaald indien er tussenkomst is van de wettelijk verplichte ziekteverzekering. De terugbetaling is in dit geval beperkt tot 3 maal de tussenkomst van de wettelijk verplichte ziekteverzekering.
- De huur van orthopedische toestellen wordt onbeperkt terugbetaald in de waarborg “ernstige ziekten” en met een maximum van 137,57 EUR per verzekerde en per schadejaar in de pre- en postperiode.
- De overeenkomst is van kracht in de gehele wereld. Buiten de E.U. is de waarborg voor elke prestatie beperkt tot driemaal de wettelijke terugbetaling voorzien door de Belgische wetgeving “stelsel der loontrekkenden” of tot 50% van de reële kosten, naargelang de eerste dan wel de tweede formule gunstiger is voor de aangeslotene.

Zijn er uitsluitingen?

Zijn van de waarborg uitgesloten:

1. 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.

2. De kosten gedaan voor:

- esthetische zorgen of behandelingen, tenzij deze het gevolg zijn van een gewaarborgde ziekte of een gewaarborgd ongeval;
- niet wetenschappelijk beproefde behandelingen, technieken en materialen;
- de door de verplichte ziekteverzekering niet gedekte kuurbehandelingen, badadditieven, cosmetische producten;
- de bijstand, de oppas en het onderhoud van de aangeslotene;
- 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 aangeslotene.

Is er een vrijstelling?

Op het bedrag van de gedekte kosten wordt in mindering gebracht:

- de wettelijke tussenkomst;
- iedere vergoeding in uitvoering van gelijk welke verzekering met hetzelfde oogmerk of vanwege gelijk welke kas, fonds, organisme of instelling.

Indien de verzekerde de wettelijke tussenkomst om welke reden ook niet ontvangt of er geen recht op heeft, wordt er voor de berekening van de gewaarborgde prestaties rekening gehouden met een fictieve tussenkomst gelijk aan de wettelijke tussenkomst zoals bepaald door de Belgische sociale wetgevingen van toepassing voor de werknemers bij ziekte of ongeval.

Per schadejaar en per aangeslotene blijven de eerste 50,00 EUR (gedekte) kosten ten laste van de verzekerde.

Indien echter op de factuur minstens 1 ligdag wordt aangerekend in een eenpersoonskamer, wordt een vrijstelling toegepast van 300,00 EUR per aangeslotene en per schadejaar.

In het basisplan (wat betekent dat dezelfde waarborgen van toepassing zijn als deze in het huidige plan, behalve dat er geen terugbetaling meer voorzien is voor de aangerekende supplementen bij een opname in een eenpersoonskamer) bedraagt de vrijstelling 50,00 EUR per aangeslotene per schadejaar, ongeacht de kamerkeuze.

Het schadejaar vangt aan op de eerste dag van de hospitalisatie en duurt 365 dagen. Bij ernstige ziekten is dit de datum van de eerste kost.

Voor de kosten buiten het hospitaal voor de bovenvermelde lijst van ernstige ziekten is er geen vrijstelling.

Welke zijn de bijdragen en door wie worden ze betaald?
--

De directie heeft beslist de bijdragen voor dit hospitalisatieplan verder ten laste te blijven nemen voor:

- Actieve werknemers, alsook voor de aangesloten partner tot en met 64 jaar en voor de kinderbijslaggerechtigde kinderen. Voor partners vanaf de leeftijd van 65 jaar en voor niet kinderbijslaggerechtigde maar aangesloten kinderen, wordt er een persoonlijk aandeel gevraagd van de werknemer.
Zoals steeds zullen deze bijdragen worden ingehouden van het maandelijks nettosalaris.
- Bruggepensioneerden (CAO 17), alsook voor de aangesloten partner tot en met 64 jaar en de kinderbijslaggerechtigde kinderen. Voor partners vanaf de leeftijd van 65 jaar en voor niet kinderbijslaggerechtigde maar aangesloten kinderen, wordt er een persoonlijk aandeel gevraagd van de werknemer.
Zoals steeds zullen deze bijdragen worden ingehouden van de vergoeding CAO 17.
- Flexibel gepensioneerden
De bijdrage voor partner en eventueel kinderen wordt NIET ten laste genomen door de werkgever. Deze bijdragen zullen door Vanbreda geïnd worden via maandelijks domiciliëring.
- Vervroegd rustpensioen voor 65
De bijdrage voor de ex-werknemer en eventueel aangesloten gezinsleden wordt NIET ten laste genomen door de werkgever. Deze bijdragen zullen door Vanbreda geïnd worden via maandelijks domiciliëring.
- Weduwen(aars) (behorend tot de deelgroep 'Jonger dan 65')
De bijdrage voor de weduwe(naar) en eventueel aangesloten kinderen wordt NIET ten laste genomen door de werkgever. Deze bijdragen zullen door Vanbreda geïnd worden via maandelijks domiciliëring.

Overzicht bijdragen : vanaf 1.11.2015

Deelgroep 'Jonger dan 65'

Bijdragen volledig ten laste van de werkgever

Maandbedragen

< 25 jaar:	4,22 EUR
25 – 64 jaar:	8,43 EUR

Bijdragen (gedeeltelijk) ten laste van de werknemer

< 25 jaar:	5,03 EUR
25 – 64 jaar:	10,05 EUR
>= 65 jaar:	30,19 EUR

➔ hiervan is 16,17 EUR ten laste van de werknemer, het saldo 14,02 EUR is ten laste van de werkgever.

Deelgroep 'Vanaf 65'

Alle gepensioneerden ouder of gelijk aan 65 jaar betalen zelf de verzekeringsbijdragen rechtstreeks aan Vanbreda Risk & Benefits via domiciliëring.

De betaling is maandelijks. Jaarlijks stuurt Vanbreda Risk & Benefits een overzicht van aangeslotenen en te betalen bruto bijdragen.

Basisplan	per maand
< 25 j	4,01 EUR
25 - 59	8,57 EUR
60 - 64	16,61 EUR
65 - 70	24,63 EUR
> 70 j.	32,66 EUR

upgrade:	per maand
< 25 j	7,72 EUR
25 - 59	17,09 EUR
60 - 64	26,04 EUR
65 - 70	49,07 EUR
> 70 j.	64,62 EUR

Definities

Geneesmiddel

- elk bestanddeel of elk preparaat voorgeschreven door een geneesheer, geregistreerd als geneesmiddel door de Minister van Volksgezondheid, met curatieve eigenschappen of bestemd om te worden toegediend met het oog op het stellen van een medische diagnose of om organische functies te herstellen, te verbeteren of te wijzigen;
- de farmaceutische specialiteiten voorgeschreven door een geneesheer en als dusdanig geregistreerd door de Minister van Volksgezondheid;
- de generische geneesmiddelen voorgeschreven door een geneesheer.

Hospitalisatie

Het medisch noodzakelijke verblijf in een verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. Dit houdt zowel het verblijf in van minstens één nacht, als het concept "daghospitalisatie", d.w.z. dat er wordt afgeweken van het criterium van hospitalisatie van minstens één nacht mits volgende voorwaarden vervuld zijn:

- er effectief gebruik gemaakt wordt van de operatiezaal of van de gipskamer of er effectief een hospitaalbed gebruikt is met uitsluiting van verblijf in de wachtkamers, de onderzoekkamers en de ruimten voor externe consultatiediensten van het ziekenhuis;

of

- dat het gaat over prestaties gemaakt in een One Day Clinic, zowel in België in het kader van maxi-, miniforfaits alsook in het kader van de dagziekenhuisforfaits groepen 1 tot en met 7 en de forfait chronische pijn groepen 1 tot en met 3 als in het buitenland.

en dat bijgevolg de kosten van een dag volledig door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden terugbetaald.

Medische hulpmiddelen

Spalken, lumbostaat, steunzolen, gipsschelpen voorgeschreven door een geneesheer.

Medisch materiaal

Elk materiaal dat de functie van een lid of een orgaan vervult of dat medisch noodzakelijk is in het genezingsproces van de verzekerde.

Ongeval

Een plots en abnormaal gebeuren, rechtstreeks veroorzaakt door de werking van een uitwendige kracht, vreemd aan de wil van de verzekerde en die lichamelijk letsel toebrengt.

Orthopedisch toestel

Een apparaat bestemd om lichamelijke afwijkingen te corrigeren.

Parafarmaceutisch product

Elk ander product dan een farmaceutisch product, verkocht in een apotheek, voorgeschreven door een geneesheer en medisch noodzakelijk voor de te verstrekken medische behandeling en verzorging.

Paramedische honoraria

De honoraria van een verpleegkundige, een kinesitherapeut en een logopediste.

Prothese

Een apparaat dat geheel of gedeeltelijk een orgaan of een lidmaat vervangt.

Schadegeval

Elke gebeurtenis waarvoor de waarborgen van het hospitalisatieplan kunnen worden aangesproken.

Verblijfkosten

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

Verpleeginrichting

Een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen, met uitzondering van gesloten psychiatrische instellingen, medico-pedagogische instellingen, instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen en van rustoorden, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben (KB nr. 59 tot wijziging van artikel 5 van de wet van 27 juni 1968 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen).

Voorafbestaande aandoeningen

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

Vrijstelling

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

De vrijstelling zal slechts éénmaal worden afgetrokken voor 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 aangesloten is.

Wachttijd

De periode die begint te lopen vanaf de datum van aansluiting van de verzekerde. De kosten gemaakt tijdens deze periode worden door de verzekeraar niet terugbetaald.

Er wordt geen wachttijd toegepast voor:

- ongevallen;
- de hierna vermelde acute infectieziekten:
bof, cholera, difterie, hersenvliesontsteking, kinderverlamming, kinkhoest, malaria, mazelen, paratyfus, pokken, recurrerende koorts, rode hond, roodvonk, tyfus, vlektyfus en waterpokken.

Wettelijke tussenkomst

Onder wettelijke tussenkomst wordt verstaan:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling voorzien door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen die van toepassing zijn voor de Belgische werknemers;
- voor de kosten gemaakt in het buitenland: elke terugbetaling voorzien door een met het betrokken land gesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de werknemers of, bij ontstentenis daarvan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische sociale wetgevingen die van toepassing zijn voor de werknemers.

Onder Belgische sociale wetgevingen van toepassing voor de 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.

Ziekte

Een aantasting van de gezondheid die een andere oorzaak heeft dan een ongeval, vastgesteld door een geneesheer wettelijk bevoegd om de geneeskunde uit te oefenen hetzij in België, hetzij in het land waar de zieke zich bevindt op het ogenblik van de vaststelling van de ziekte.