

**Verzekeringnemer: BAYER SA-NV
BAYER CROPSCIENCE SA-NV
BAYER AGRICULTURE BVBA**

**Polisnummers: BCVR12572 – BCVR12578
BCVR12653 – BCVR12681
BCVR12752 – BCVR12768**

Toelichting bij het hospitalisatieplan

Deze versie is geldig vanaf 1/1/2022.

WAT ZIJN DE VOORDELEN VAN DEZE VERZEKERING?

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

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

WIE KAN GENIETEN VAN DEZE VERZEKERING?

U geniet als actief personeelslid en **hoofdverzekerde** automatisch van deze verzekering op voorwaarde dat u de wettelijke pensioenleeftijd nog niet bereikt heeft. Bovendien kunnen ook uw gezinsleden aansluiten.

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

- de echtgeno(o)t(e) of de samenwonende partner van de hoofdverzekerde die met hem een gezin vormt. De identiteitsgegevens van de samenwonende partner moeten door de verzekeringnemer doorgegeven worden bij aanvang van samenwonen;
- de kinderen, jonger dan 25 jaar, die inwonen bij de hoofdverzekerde of die elders verblijven wegens studieredenen en die fiscaal ten laste zijn van de hoofdverzekerde of van de partner. Onder fiscaal ten laste dient te worden verstaan: elk wettig, aangenomen of erkend natuurlijk kind waarvoor kinderbijslag of bijslag voor gehandicapten verschuldigd is;
- kinderen, jonger dan 25 jaar, die inwonen bij de ex-echtgeno(o)t(e) en voor wie de hoofdverzekerde alimentatie betaalt of in geval van co-ouderschap;
- pleegkinderen jonger dan 25 jaar die kinderbijslaggerechtigd zijn;
- gehandicapte (pleeg)kinderen vanaf 25 jaar die een gehandicaptentoeslag ontvangen.

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

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

Bij het **overlijden** van de actieve hoofdverzekerde of de hoofdverzekerde in SWT kunnen de gezinsleden niet verder aangesloten blijven bij deze verzekering. Zij kunnen wel individueel voortzetten (zie onder het hoofdstuk 'Individuele voortzetting').

Als u in **SWT** (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag) gaat, blijft u aangesloten bij deze verzekering. Dit geldt zowel voor uzelf als hoofdverzekerde als voor uw gezinsleden (bijverzekerden) die op het moment dat u in SWT gaat, aangesloten waren bij deze verzekering.

Als u met **pensioen** gaat, kan u aangesloten blijven bij deze verzekering. Dit geldt zowel voor uzelf als hoofdverzekerde als voor uw gezinsleden (bijverzekerden) die op het moment van uw pensioen aangesloten waren bij deze verzekering. U vraagt de verderzetting van uw aansluiting schriftelijk aan bij de beheerder ten laatste op de dag vóór uw pensioendatum.

Bij het **overlijden van de gepensioneerde hoofdverzekerde** kunnen de gezinsleden die al aangesloten waren bij deze verzekering verder aangesloten blijven. De weduwe, weduwnaar of wees kunnen deze verderzetting schriftelijk aanvragen bij de beheerder binnen de 30 kalenderdagen na het overlijden.

HOE EN WANNEER KUNNEN U EN UW GEZINSLEDEN AANSLUITEN?

Hoofdverzekerden

U sluit als hoofdverzekerde automatisch aan op de dag dat u in dienst treedt bij uw werkgever. Bij pensionering kan u op eigen verzoek aangesloten blijven.

Bijverzekerden (gezinsleden)

De aansluiting gaat in op de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met de dag van het recht op aansluiting en ten vroegste op de dag dat u als hoofdverzekerde aansluit.

De dag van het recht op aansluiting is:

- voor de echtgeno(o)t(e): de dag van het huwelijk;
- voor de samenwonende partner: de dag van de aanvang van het samenwonen. Het begin van het samenwonen dient te worden aangetoond met een attest van domiciliëring afgeleverd door het gemeentebestuur;
- voor een kind van de hoofdverzekerde: de geboortedag;
- voor een kind van de echtgeno(o)t(e) of partner: de dag van het huwelijk of van de aanvang van het samenwonen;
- voor een pleegkind: de dag waarop het pleegkind officieel gedomicilieerd wordt bij de hoofdverzekerde.

Als de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 3 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting, dan is het gezinslid tijdig aangesloten en spreken we over een **tijdige aansluiting**. Als de aanvraag later gebeurt, dan is het gezinslid laattijdig aangesloten en gaat het over een **laattijdige aansluiting**.

ZIJN ER MEDISCHE FORMALITEITEN? WACHTTIJDEN? ZIJN DE VOORAFBESTAANDE AANDOENINGEN VERZEKERD?

Hoofdverzekerden

U sluit als hoofdverzekerde aan zonder medische formaliteiten en zonder wachttijden. Eventuele voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

Bijverzekerden (gezinsleden) - Tijdige aansluiting

Als uw gezinsleden tijdig aansluiten, zijn er geen medische formaliteiten en geen wachttijden.

Voor de gezinsleden die tijdig aansluiten, zijn de eventuele voorafbestaande aandoeningen verzekerd.

Bijverzekerden (gezinsleden) - Laattijdige aansluiting

Als uw gezinsleden laattijdig aansluiten, zijn er wel medische formaliteiten. Dat betekent dat zij een medische vragenlijst moeten invullen. De kandidaat-verzekerden staan in dit geval ook in voor de kosten voor eventuele bijkomende onderzoeken. De verzekeraar kan de aansluiting aanvaarden, bepaalde aandoeningen uitsluiten of de aansluiting weigeren.

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

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

Bij een laattijdige aansluiting is er een algemene wachttijd van 3 maanden. Een wachttijd is een periode die begint te lopen vanaf de datum van aansluiting van de verzekerde. De verzekeraar betaalt de kosten die gemaakt zijn tijdens deze periode niet terug. Enkel voor ongevallen en een beperkt aantal acute infectieziekten bestaat er geen wachttijd.

Bij een laattijdige aansluiting, betaalt de verzekeraar de kosten voor eventuele voorafbestaande aandoening(en) nooit terug. Ze zijn echter wel verzekerd wanneer de verzekerde in het jaar volgend op de aansluitingsdatum geen enkele geneeskundige behandeling heeft ondergaan in verband met de voorafbestaande aandoening.

WANNEER EINDIGT DE VERZEKERING?

Hoofdverzekerde

Voor de hoofdverzekerde stopt de aansluiting:

- wanneer de arbeidsovereenkomst met de werkgever eindigt of verbroken wordt (uitgezonderd bij SWT of pensioen);
- bij het overlijden;
- bij het einde van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst;
- bij volledige vrijwillige loopbaanonderbreking of tijdscrediet van meer dan 3 ononderbroken jaren.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Voor de gezinsleden stopt de aansluiting:

- als zij de aansluiting vrijwillig beëindigen;
- wanneer de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de werkgever eindigt of verbroken wordt (uitgezonderd bij SWT of pensioen);
- bij volledige vrijwillige loopbaanonderbreking of tijdskrediet van de hoofdverzekerde van meer dan 3 ononderbroken jaren;
- als zij het statuut van bijverzekerde verliezen. De dekking stopt vanaf de dag waarop zij niet meer aan de definitie van bijverzekerde voldoen (bv. de dag van echtscheiding);
- bij het overlijden.

WAT IS INDIVIDUELE VOORTZETTING?

Wanneer u het recht op aansluiting bij deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest, krijgt u de mogelijkheid om, samen met de gezinsleden die bij deze verzekering zijn aangesloten, de verzekering individueel voort te zetten. Deze voortzetting kan zonder medische formaliteiten en wachttijden gebeuren als er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

1. Toetredingsvoorwaarden

Om de verzekering individueel voort te zetten zonder wachttijden en zonder medische formaliteiten dient de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van uw aansluiting, ononderbroken aangesloten zijn geweest door één of meerdere opeenvolgende verzekeringscontracten 'hospitalisatie – medische kosten' afgesloten bij een verzekeringsmaatschappij. U kunt enkel individueel voortzetten op voorwaarde dat u gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van de aansluiting aangesloten was.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen die al verzekerd zijn op het moment van aansluiting bij de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst blijven bovendien in het individuele contract verzekerd.

2. Termijnen

Hoofdverzekerde

Binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering zal uw werkgever u schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengen van de mogelijkheid tot individuele voortzetting.

U beschikt over een termijn van dertig dagen om de beheerder op de hoogte te brengen van uw intentie om de verzekering geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. Deze termijn wordt met dertig dagen verlengd op voorwaarde dat u de beheerder daarvan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengt.

Deze termijnen beginnen te lopen vanaf de dag dat de werkgever u schriftelijk of elektronisch op de hoogte bracht van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst en de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Deze termijn loopt in ieder geval af honderdenvijf dagen na de dag van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Bijverzekerden

Voor de bijverzekerde gelden dezelfde termijnen als diegene die hiervoor beschreven staan voor de hoofverzekerde. 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 hoofverzekerde. In dat geval beschikt de bijverzekerde over een termijn van honderdenvijf dagen om de beheerder schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van de intentie om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. Deze termijn begint te lopen vanaf de dag waarop de bijverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest (bv. de dag van echtscheiding).

3. Tariefvoorwaarden

De voorwaarden van het individuele contract zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de verzekeringsmaatschappij op het ogenblik van de individuele voortzetting. De aangeboden waarborgen zijn minstens gelijksoortig aan de waarborgen van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

De tariefvoorwaarden zijn gelijk aan diegene die van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

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

WAT IS VOORFINANCIERING?

De premies van individuele verzekeringen zijn doorgaans een stuk duurder dan de premies van een beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. De wet op de ziekteverzekeringen voorziet daarom in een systeem van voorfinanciering.

U kunt individueel een bijkomende premie betalen waardoor de premie in geval van individuele voortzetting gelijk is aan de premie van de leeftijd waarop u met de voorfinanciering bent begonnen. Dit gebeurt in een afzonderlijk contract, ook wachtpolis genoemd.

Meer informatie kunt u terugvinden op de website: www.wachtpolis.be.

WELKE KOSTEN WORDEN TERUGBETAALD? HOEVEEL BEDRAAGT DE TUSSENKOMST?

Hoofdwaarborg 'hospitalisatie'

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

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

Voor de volgende kosten komt de verzekering tussen:

- de kosten voor verblijf, erelonen van de geneesheer of paramedicus, onderzoeken, behandelingen en geneesmiddelen;
- de kosten voor **geneesmiddelen en prestaties voorgeschreven door een geneesheer**, ongeacht of er al dan niet tussenkomst is van de wettelijk verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- de kosten voor **palliatieve verzorging** verleend in het ziekenhuis en de kosten voor het **mortuarium** voor zover zij aangerekend werden op de hospitalisatiefactuur;
- de kosten van het **vervoer naar het ziekenhuis** (ook met de helikopter) voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de verzekerde een dringende opname in het ziekenhuis vereist;
- de aangerekende verblijfskosten voor **rooming-in**. Onder rooming-in verstaan we het verblijf van één van de ouders bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind jonger dan 18 jaar, op voorwaarde dat één van de ouders verzekerd is en de aanwezigheid van de ouder als medisch noodzakelijk wordt beschouwd door de behandelende geneesheer;
- de verblijfskosten van de **orgaan- of weefseldonor**, voor zover de transplantatie medisch gerechtvaardigd is;
- de kosten voor **thuisbevalling en poliklinische bevallingen**;
- de kosten voor **kraamhulp** bij **thuisbevalling** of **poliklinische bevalling**. Zij worden terugbetaald gedurende maximaal 12 kalenderdagen. Onder kraamhulp verstaan we de door een erkende kraamzorginstelling gefactureerde kosten voor de zorgen verstrekt door een bevoegde kraamverzorger;
- de kosten voor **Artificiële Reproductieve Technieken (ART)**, zoals bijvoorbeeld In Vitro Fertilisatie en Intracytoplasmatische Sperma-Injectie, voor zover er voor de betrokken behandelingen tussenkomst is van de wettelijk verplichte ziekteverzekering. Het bewaren van ei- of zaadcellen is nooit verzekerd;
- de kosten voor **prothesen** en **orthopedische apparaten**. Voor deze kosten dient de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging tussen te komen;
- de kosten voor **plastische chirurgie** in het kader van reconstructieve chirurgie;
- de kosten voor **medisch materiaal**;
- de kosten voor de **wiegendoodtest**;
- de kosten voor het behandelen van een **psychische of psychiatrische aandoening** en voor alle vormen van depressie, worden terugbetaald gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van hospitalisatie van maximum 2 jaar.

Bijkomende waarborg 'pre- en posthospitalisatie'

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

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de geneesheer of paramedicus;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- **geneesmiddelen** voorgeschreven door een geneesheer en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor **prothesen en orthopedische apparaten** voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt;
- de kosten voor **homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur**, voor zover deze geneeswijzen worden toegepast door een erkend geneesheer of kinesitherapeut. De terugbetaling bedraagt 50% van de kosten ten laste van de verzekerde;
- de **homeopathische geneesmiddelen** voor zover ze voorgeschreven zijn door een erkend geneesheer en afgeleverd zijn door een in België gevestigde apotheker. De terugbetaling bedraagt 50% van de kosten ten laste van de verzekerde.

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

De verzekeraar betaalt de kosten voor **vervoer** en de kosten voor het huren of aankopen van **medisch materiaal** tijdens deze pre- en posthospitalisatieperiode niet terug.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre- en posthospitalisatie is onbeperkt.

Kosten voor ambulante zorgen in geval van 'ernstige ziekten'

In geval van één van volgende aandoeningen:

AIDS, amyotrofische lateraal sclerose, brucellose, buiktyfus, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, epilepsie, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mitochondriale cytopathie, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening die een dialysebehandeling vereist, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, roodvonk, tetanus, tuberculose, paratyfus, virale hepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson of ziekte van Pompe betaalt de verzekeraar de kosten terug van de ambulante zorgen die werkelijk voor de behandeling zijn gemaakt. Dit betekent alle medische kosten die voorgeschreven of verleend zijn door een geneesheer en die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de geneesheer of paramedicus;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- **geneesmiddelen** voorgeschreven door een geneesheer en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor **prothesen en orthopedische apparaten** voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt;

- de kosten voor **homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur**, voor zover deze geneeswijzen worden toegepast door een erkend geneesheer of kinesitherapeut. De terugbetaling bedraagt 50% van de kosten ten laste van de verzekerde;
- de **homeopathische geneesmiddelen** voor zover ze voorgeschreven zijn door een erkend geneesheer en afgeleverd zijn door een in België gevestigde apotheker. De terugbetaling bedraagt 50% van de kosten ten laste van de verzekerde;
- het **huren van medisch materiaal**;
- de **palliatieve toestand** die gelijkgesteld wordt met een zware ziekte. Onder “palliatieve toestand” verstaat men de toestand van een persoon die zich in een terminale fase bevindt. In dit geval worden naast de kosten voor ambulante medische zorgen, eveneens de palliatieve thuiszorg of de zorgen in een erkend dagcentrum terugbetaald, op voorwaarde dat de verzekerde een palliatief thuiszorgforfait werd toegekend.

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

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

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg ambulante zorgen in geval van “ernstige ziekten” is onbeperkt.

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

WELKE KOSTEN WORDEN NIET TERUGBETAALD?

De kosten die onder meer voortvloeien uit :

- esthetische zorgen en behandelingen of zorgen en behandelingen met esthetische doeleinden, met of zonder functionele stoornissen, tenzij voorafgaande goedkeuring van de adviserend geneesheer van de beheerder of in het kader van reconstructieve chirurgie;
- kuurbehandelingen, bijvoorbeeld: thermalisme, thalassotherapie, hygiëno-dieetkuur;
- bijstand, oppas en onderhoud van de verzekerde;
- contraceptieve behandelingen (zoals sterilisatie);
- check-ups, preventieve opsporingsonderzoeken of raadplegingen voor zuigelingen;
- een zware fout :
Risico's die:
 - het gevolg zijn van een opzettelijke daad of poging tot zelfmoord van de verzekerde, of een klaarblijkelijk roekeloze daad door de verzekerde, behalve wanneer het gaat over de redding van personen of goederen;
 - voortvloeien uit een vrijwillige deelname aan een misdrijf of strafbaar feit;
 - het direct of indirect gevolg zijn van alcoholisme, toxicomanie of misbruik van geneesmiddelen;
 - zich voordoen terwijl de verzekerde in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie is, of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij hij bewijst dat er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval geen oorzakelijk verband bestaat.

Daarnaast zijn van de waarborg uitgesloten:

- ziekten of ongevallen veroorzaakt door oproer of burgerlijke ongeregelde daden of politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. De waarborg wordt wel verleend als de verzekerde aantoonbaar:
 - o of, hij er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - o of, hij zich in staat van wettelijke zelfverdediging bevond;
 - o of, hij is opgetreden met het oog op de redding van personen of goederen.
- ziekten of ongevallen die veroorzaakt zijn door oorlogsfeiten of door burgeroorlog.

HOE WORDT DE TUSSENKOMST BEREKEND?

De tussenkomst van deze verzekering gebeurt steeds na tussenkomst van de wetgeving op de sociale zekerheid, de beroepsziekten, de arbeidsongevallen en de ongevallen op de weg naar en van het werk, en ook van de al onderschreven contracten met hetzelfde oogmerk.

Indien u de wettelijke tussenkomst om welke reden dan ook niet ontvangt of er geen recht op hebt, dan wordt er voor de berekening van de gewaarborgde verzekeringsprestaties rekening gehouden met een theoretische tussenkomst. Deze theoretische tussenkomst is gelijk aan de wettelijke tussenkomst zoals bepaald door de Belgische sociale wetgevingen van toepassing voor de werknemers bij ziekte of ongeval. Dit wil zeggen dat de wettelijke tussenkomst in mindering wordt gebracht, zelfs wanneer u om welke reden dan ook geen recht hebt op de wettelijke tussenkomst.

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

IS ER EEN VRIJSTELLING OF FRANCHISE?

Er is een vrijstelling van **150 EUR** bij een (dag)opname op een **eenpersoonskamer**. Bij (dag)opname op een **twee- of meerpersoonskamer** bedraagt de vrijstelling **0 EUR**.

WAT IS HET DERDEBETALERSSTEEEM MEDI-LINK?

Het derdebetalerssteeem Medi-Link betaalt, bij een gewaarborgde hospitalisatie, uw hospitalisatiefactuur rechtstreeks aan het ziekenhuis. U hoeft geen voorschot te betalen aan het ziekenhuis en u betaalt achteraf alleen de vrijstelling en de kosten terug die niet binnen de waarborg vallen.

Onze Health Care app biedt u als verzekerde het voordeel dat u al uw kaarten (Medi-Link, AssurPharma, Assi-Link – indien van toepassing in uw contract) zelf kunt activeren en onmiddellijk digitaal bij de hand heeft.

WAT MET KOSTEN IN HET BUITENLAND?

In geval van **hospitalisatie in het buitenland** heeft u recht op tussenkomst wanneer aan volgende 3 voorwaarden wordt voldaan:

- de opname moet een dringend en onvoorzien karakter hebben of de mutualiteit moet vooraf haar akkoord hebben gegeven;
- er moet een wettelijke tussenkomst zijn;

- de verzekering mag tijdens de 12 maanden die vooraf gaan aan het schadegeval, geen 3 maanden in het buitenland verbleven hebben.

Als aan één van deze 3 voorwaarden niet wordt voldaan, zal de vergoeding van de kosten beperkt worden tot:

- 75,00 EUR per dag dat de verzekerde in het ziekenhuis verbleef;
- 50% van het bedrag van de kosten gedurende de pre- en posthospitalisatieperiode.

De kosten in verband met een ernstige ziekte worden niet terugbetaald.

In geval van **grenspersoneel woonachtig in Duitsland, Groothertogdom Luxemburg, Nederland of Frankrijk**, die tewerkgesteld zijn in België en onderworpen zijn aan de Belgische Sociale Zekerheid, wordt het volgende overeengekomen:

- het grenspersoneel wordt gelijkgesteld met personeel dat woonachtig is in België;
- indien er geen wettelijke tussenkomst is, wordt er rekening gehouden met een fictieve Belgische wettelijke tussenkomst en wordt per prestatie de terugbetaling beperkt tot 3 maal deze fictieve Belgische wettelijke tussenkomst.

Voor het **geëxpatrieerd personeel** wordt het volgende overeengekomen:

- voor personeelsleden die naar België komen om gehospitaliseerd te worden, gelden de terugbetalingsvoorwaarden zoals omschreven in de hoofdstukken “Welke kosten worden terugbetaald?” en “Hoe wordt de tussenkomst berekend?”;
- voor personeelsleden die in het buitenland gehospitaliseerd worden, wordt de terugbetaling beperkt tot 75,00 EUR per dag dat de verzekerde in het ziekenhuis verbleef, plus 50% van het bedrag van de kosten gedurende de pré- en posthospitalisatieperiode.

De kosten in verband met een ernstige ziekte worden niet terug betaald.

WAT IS ASSI-LINK +?

Deze bijstandsverzekering is een aanvulling op de hospitalisatieverzekering. Deze aanvullende waarborgen hebben zowel betrekking op de bijstand in geval van medische problemen in het buitenland als bij een hospitalisatie in het land van uw domicilie (België, Nederland, Frankrijk, Duitsland of het Groothertogdom Luxemburg).

Bijstand in het buitenland:

- eerste medische hulp;
- bijstand aan de gezinsleden;
- verlenging van het verblijf in het buitenland;
- transport;
- waarborgen na overlijden in het buitenland;
- terugbetaling van hospitalisatiekosten gemaakt in het buitenland zonder dat er een vrijstelling wordt afgehouden.

Bijstand in het land van uw domicilie (België, Nederland, Frankrijk, Duitsland of het Groothertogdom Luxemburg):

- waarborg “Tijdens de hospitalisatie”, bijvoorbeeld huishoudhulp, kinderoppas en vervoer;
- waarborg “Na de hospitalisatie”, bijvoorbeeld huishoudhulp, kinderoppas, postnatale zorg door een vroedvrouw, levering van medicatie en vervoer;
- waarborg “Bijkomende bijstand”, bijvoorbeeld psychologische bijstand, contactgegevens thuisverzorgingsinstellingen en apotheek en dokter van wacht.

Voor elk van deze waarborgen zijn er specifieke terugbetalingsvoorwaarden.

Als u beroep wilt doen op Assi-Link **+**, kunt u bellen naar het nummer: **+32 2 773 62 26**.

HOEVEEL BEDRAGEN DE PREMIES?

De premies voor het personeelslid en het personeelslid in SWT worden gedragen door de werkgever. De premies voor de gezinsleden worden gedragen door het personeelslid zelf en **ingehouden op het loon**.

Maandelijkse bijdrage (lasten en taksen inbegrepen)	Ten laste van Personeelslid
voor een kind jonger dan 25 jaar	0,70 EUR
voor een partner jonger dan 60 jaar	1,41 EUR
voor een partner tussen 60 jaar en 65 jaar	2,81 EUR
voor een partner vanaf 65 jaar	4,21 EUR

Bij het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd worden de premies voor de gepensioneerde en zijn gezinsleden op 3-maandelijkse basis **geïnd door Vanbreda Risk & Benefits via bankdomiciliëring**.

Bijdragen van de vóór 1/1/2020 gepensioneerde hoofdverzekerden en hun gezinsleden die reeds aangesloten waren bij het collectieve plan van de werkgever:

3-Maandelijkse bijdrage (lasten en taksen inbegrepen)	Ten laste van Gepensioneerde	
	Hospitalisatie	Assi-Link⁺
voor een kind jonger dan 25 jaar	32,13 EUR	2,46 EUR
voor een volwassene jonger dan 60 jaar	64,22 EUR	2,46 EUR
voor een volwassene vanaf 60 jaar en jonger dan 65 jaar	128,40 EUR	2,46 EUR
voor een volwassene vanaf 65 jaar	163,99 EUR	2,46 EUR

Bijdragen van de na 1/1/2020 gepensioneerde hoofdverzekerden en hun gezinsleden:

3-Maandelijkse bijdrage (lasten en taksen inbegrepen)	Ten laste van Gepensioneerde	
	Hospitalisatie	Assi-Link⁺
voor een kind jonger dan 25 jaar	32,13 EUR	2,46 EUR
voor een volwassene jonger dan 60 jaar	64,22 EUR	2,46 EUR
voor een volwassene vanaf 60 jaar en jonger dan 65 jaar	128,40 EUR	2,46 EUR
voor een volwassene vanaf 65 jaar	192,61 EUR	2,46 EUR

HOE EENVOUDIG EEN NIEUWE OPNAME AANGEVEN OF KOSTEN INDIENEN?

- via de Vanbreda app: www.vanbreda-health.be/vanbreda-app
- via de website op www.vanbreda-health.be

Wilt u ook genieten van een eenvoudigere, snellere en 100% veilige digitale dienstverlening? Ga naar onze website www.vanbreda-health.be/ik-word-digitaal en bekijk welke digitale dienstverlening het beste bij u past!

Heeft u andere vragen, dan staan wij graag voor u klaar via onze website <https://www.vanbreda-health.be/nl/contacteer-ons> of via telefoon 03 217 55 10.

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 BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST EN HEEFT LOUTER INFORMATIEVE WAARDE. DE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST ZELF IS HET ENIGE RECHTSGELDIGE DOCUMENT.