

**Verzekeringnemer: Maatschappij voor Intercommunaal
Vervoer te Brussel (M.I.V.B.)**

**Polisnummers: 03/4915.01 – 03/4915.02 – 03/4915.03
03/4918.01 – 03/4918.02 – 03/4918.03 – 03/4918.04**

**Toelichting aan het plan “HOSPITALISATIE”
en het plan “AMBULANTE ZORGEN”**

personeelsleden en familie

Deze versie is geldig vanaf 1/1/2021.

WAT IS HET DOEL VAN DE VERZEKERING?

Deze verzekering waarborgt een aanvullende terugbetaling van de kosten die na tussenkomst van het ziekenfonds nog ten laste vallen van de medewerkers of hun aangesloten gezinsleden in geval van hospitalisatie, inclusief de kosten opgelopen in de periode van 30 dagen vóór en 90 dagen na de hospitalisatie, bij ernstige ziekte of bij ambulante medische kosten.

WIE SLUIT AAN OF KAN AANSLUITEN BIJ DEZE VERZEKERING?

Alle personeelsleden die minstens 12 maanden in dienst zijn bij de verzekeringnemer sluiten verplicht aan bij de “Polis Medewerkers”. Tijdens de eerste 12 maanden van hun tewerkstelling kunnen zij wel al facultatief aansluiten.

Deze personen worden verder **hoofdverzekerden** genoemd.

Gezinsleden van de bovengenoemde categorieën kunnen op verzoek van het personeelslid aansluiten bij de “Polis Familie”. Deze personen worden verder **nevenverzekerden** genoemd.

Onder gezinsleden verstaan we:

- de echtgenoot of echtgenote van de hoofdverzekerde als deze al aangesloten was op het moment van het vertrek van de hoofdverzekerde in inactiviteit;
- de samenwonende partner van de hoofdverzekerde die geen familiale banden met hem heeft, op voorwaarde dat deze al was aangesloten op het moment van het vertrek van de hoofdverzekerde in inactiviteit;
- de kinderen van de werknemer die kinderbijslag genieten voor zover zij al aangesloten waren op het moment van inactiviteit van de hoofdverzekerde;
- de kinderen van de echtgeno(o)t(e) of de partner die kinderbijslag genieten en op voorwaarde dat zij al aangesloten waren op het moment van inactiviteit van de hoofdverzekerde;
- de kinderen van de hoofdverzekerde die een gehandicaptentoeslag genieten, kunnen uitzonderlijk aangesloten blijven;
- de weduwe en wezen van de overleden hoofdverzekerde voor zover ze aangesloten waren voor het overlijden.

Daarnaast worden ook volgende groepen nevenverzekerden genoemd:

- de werknemer met een contract van onbepaalde duur die meer dan 24 maanden ziek is of afwezig door een ongeval in het privéleven;
- de werknemer in voltijds tijdskrediet van meer dan 3 maanden;

- de niet-actieve personeelsleden met pensioen, in SWT (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag) of gelijkaardige vertrekmodaliteiten die gekozen hebben voor een overstap naar de "Polis Familie" (en voor zover ze niet meer gedekt worden door een overeengekomen periode ten laste van de MIVB);
- de niet-actieve personeelsleden met pensioen, in SWT of gelijkaardige vertrekmodaliteiten die gekozen hebben voor het behoud van hun aansluiting bij de "Polis Medewerkers Nevenverzekerden" (en voor zover ze niet meer gedekt worden door een overeengekomen periode ten laste van de MIVB).

Alle nevenverzekerden hebben op het moment van recht op aansluiting bij de "Polis Familie" de keuze uit aansluiting bij ofwel:

- de formule "Hospi" = enkel de hospitalisatie waarborg;
- de formule "Hospi PLUS" = de hospitalisatie waarborg én de waarborg ambulante medische kosten aan 60%;
- de formule "Hospi TOP" = de hospitalisatie waarborg én de waarborg ambulante medische kosten aan 80%.

De keuze voor aansluiting bij de formule "Hospi PLUS" of "Hospi TOP" kan enkel gemaakt worden op het moment van recht op aansluiting

Bij aansluiting van het gezin dienen alle gezinsleden aan te sluiten, bij dezelfde formule, behalve die gezinsleden die elders al een gelijkwaardige dekking hebben afgesloten.

De personeelsleden dienen zelf de pasgeborenen aan te sluiten bij deze verzekering.

Wanneer één van bovenvermelde personen niet meer voldoet aan de definitie van gezinslid (bv. bij echtscheiding voor de ex-echtgenote), stopt de verzekering op de dag waarop de persoon in kwestie niet meer aan de definitie voldoet.

HOE EN WANNEER KAN MEN AANSLUITEN?

ZIJN ER MEDISCHE FORMALITEITEN?

WANNEER EINDIGT DE VERZEKERING?

Hoofdverzekerden

Alle hoofdverzekerden sluiten verplicht aan vanaf de 13^{de} maand volgend op de indiensttreding maar ten vroegste op de begindatum van deze polis.

Als een personeelslid (hoofdverzekerde) ervoor kiest om tijdens de eerste 12 maanden van de tewerkstelling facultatief aan te sluiten dan moet het personeelslid deze aansluiting binnen de 3 maanden volgend op de dag van de aanwerving vragen. Na deze periode van 3 maanden is facultatief aansluiten niet meer mogelijk.

De aansluiting gebeurt voor alle hoofdverzekerden zonder medische formaliteiten en zonder wachttijden.

De voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

Nevenverzekerden

Nevenverzekerden van een facultatief aangesloten hoofdverzekerde tijdens de eerste 12 maanden van de tewerkstelling van de hoofdverzekerde

De gezinsleden (nevenverzekerden) van een hoofdverzekerde die facultatief aangesloten is tijdens de eerste 12 maanden van zijn tewerkstelling, kunnen facultatief aansluiten bij deze verzekering. Deze facultatieve aansluiting is enkel mogelijk als de hoofdverzekerde binnen de 3 maanden volgend op de dag van zijn aanwerving vraagt om zijn gezinsleden aan te sluiten. Na deze periode van 3 maanden is aansluiten tijdens de eerste 12 maanden van de tewerkstelling van de hoofdverzekerde niet meer mogelijk.

De aansluiting gebeurt op de dag van het recht op aansluiting (zie verder). De aansluiting gebeurt zonder medische formaliteiten en zonder wachttijden.

Nevenverzekerden van een verplicht aangesloten hoofdverzekerde

De gezinsleden (nevenverzekerden) van een verplicht aangesloten hoofdverzekerde kunnen facultatief aansluiten bij deze verzekering vanaf de dag van hun recht op aansluiting (zie verder), maar ten vroegste op de dag van aansluiting van de hoofdverzekerde.

Indien de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 3 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting, dan spreken we over een tijdige aansluiting. Gebeurt de vraag tot aansluiting later, dan is het een laattijdige aansluiting.

Bij een tijdige aansluiting zijn er geen wachttijden. Een wachttijd is een 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. Bij een laattijdige aansluiting is er een algemene wachttijd van 12 maanden van toepassing.

De dag van het recht op aansluiting is voor alle nevenverzekerden:

- voor de echtgeno(o)t(e): de dag van het huwelijk;
- voor de samenwonende partner: de dag van de aanvang van het samenwonen;
- voor een kind: de geboortedag;

en in ieder geval ten vroegste de dag van aansluiting van de hoofdverzekerde.

Verzekerden in SWT en gepensioneerden

De niet-actieve personeelsleden in SWT, met pensioen of met gelijkaardige vertrekmodaliteiten blijven gedurende een periode van 2 jaar aangesloten op de "Polis Medewerkers" en dit ten laste van de werkgever. Na die periode van 2 jaar kunnen zij identiek dezelfde dekking voor eigen rekening verderzetten door aan te sluiten op de "Polis Medewerkers Nevenverzekerden" of zij kunnen overstappen naar de dekking voorzien in de "Polis Familie". Deze keuze dient gemaakt te worden binnen de 3 maanden.

De gezinsleden die al aangesloten waren op het moment dat de hoofdverzekerde in SWT of met pensioen vertrok, kunnen die aansluiting ook daarna verderzetten.

INDIVIDUELE VERDERZETTING

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.

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.

Termijnen

Hoofdverzekerde

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

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

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

Bijverzekerden

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

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?

De hoofdwaaiborg "Hospitalisatie", de waarborgen "Pre- en posthospitalisatie" en "Ambulante zorgen in geval van ernstige ziekte" gelden voor zowel de "Polis Medewerkers", voor de "Polis Medewerkers Nevenverzekerden" als voor de "Polis Familie" (formules "Hospi", "Hospi PLUS" en "Hospi TOP").

Hoofdwaaiborg "Hospitalisatie"

De verzekeraars betalen de kosten terug, gemaakt tijdens de hospitalisatie van de verzekerde voor een medisch noodzakelijke behandeling en veroorzaakt door een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling.

Onder hospitalisatie verstaan we het medisch noodzakelijke verblijf in een erkende verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. Ook de opname in het dagziekenhuis is dus verzekerd, voor zover er een wettelijk forfait kan worden gerekend voor het ziekenhuis (maxi-forfait, mini-forfait, forfait dagziekenhuis 1 t/m 7, forfait chronische pijn 1 t/m 3 en het gebruik van de gipskamer).

De terugbetaling omvat de kosten voor opname, verblijf, erelonen van de geneesheer of paramedicus, onderzoeken, behandelingen en geneesmiddelen.

De kosten zonder wettelijke tussenkomst worden onbeperkt terugbetaald op voorwaarde dat de kosten medisch gerechtvaardigd zijn.

De kosten voor het mortuarium worden onbeperkt terugbetaald, voor zover zij aangerekend werden op de hospitalisatiefactuur.

De meerkosten na eventuele tussenkomst van de ziekteverzekering voor medisch gerechtvaardigd vervoer worden onbeperkt vergoed.

De aangerekende verblijfskosten voor rooming-in. Onder rooming-in verstaan we het verblijf van één van de ouders bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind tot 18 jaar. Er is een tussenkomst van maximum 25,00 EUR per dag.

De verblijfskosten voor de orgaan- of weefseldonor, voor zover de transplantatie medisch gerechtvaardigd is.

De kosten voor tandprothesen en therapeutische prothesen, medische prothesen en artificiële ledematen, orthopedische apparaten, brillen, tandheelkundige en orthodontische zorgen en behandelingen worden onbeperkt terugbetaald op voorwaarde dat zij geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname en in rechtstreeks verband staan met deze opname. Voor prothesen met een zuiver esthetisch karakter wordt nooit een terugbetaling voorzien.

Bijkomende waarborg “Pre- en posthospitalisatie”

Deze bijkomende waarborg voorziet in de terugbetaling van de kosten van medisch noodzakelijke, ambulante zorgen die rechtstreeks in verband staan met een ziekenhuisopname en die tijdens 30 dagen vóór en 90 dagen na de verzekerde hospitalisatie, verleend of voorgeschreven zijn door een geneesheer. Deze ambulante zorgen moeten opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Voor de kosten die zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bedraagt de tussenkomst maximum driemaal de wettelijke tegemoetkoming.

Volgende kosten zijn in deze periode gewaarborgd:

- de kosten van medische prestaties naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;
- de kosten van paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- de kosten van medische prothesen;
- de kosten van kunstledematen;
- de kosten van farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, inclusief magistrale bereidingen.

Medische kosten van homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur waarvoor geen wettelijke tussenkomst voorzien is, worden onbeperkt terugbetaald op voorwaarde dat de kosten medisch gerechtvaardigd zijn.

De kosten voor vervoer tijdens deze pre- en posthospitalisatieperiode worden niet terugbetaald.

Vrijstelling

Polissen Medewerkers en Medewerkers Nevenverzekerden

Voor de hoofdwaarborg “Hospitalisatie” en voor de bijkomende waarborg “Pre- en posthospitalisatie” bedraagt de vrijstelling **200,00 EUR** per verzekerde en per verzekeringsjaar. Deze vrijstelling geldt enkel bij een (dag)opname in een **eenpersoonskamer**. Bij een opname in een meerpersoonskamer is er geen vrijstelling.

Polis Familie – alle formules

Voor de hoofdwaarborg “Hospitalisatie” en voor de bijkomende waarborg “Pre- en posthospitalisatie” bedraagt de vrijstelling **250,00 EUR** per verzekerde en per verzekeringsjaar. Deze vrijstelling geldt enkel bij (dag)opname in een **eenpersoonskamer**. Bij een opname in een meerpersoonskamer is er geen vrijstelling.

Kosten voor ambulante zorgen in geval van “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, buiktyfus, virale hepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe, brucellose, cor pulmonale, hartinsufficiëntie NYHA classificatie stadium II – stadium IV, hypertrofie van de hartspier, kransslagaderaandoening behandeld door coronaire bypass, infarct met verminderde werking linker hartkamer (minder dan 40%) en de ziekte van Rendu-Ossler-Weber. betaalt de verzekeraar de kosten terug van de ambulante zorgen die werkelijk voor de behandeling zijn gemaakt.

Deze ziekten zijn uiteraard ook verzekerd in geval van hospitalisatie. In geval van hospitalisatie ten gevolge van een ernstige ziekte worden de maximum uitkeringen en de vrijstelling van de waarborg hospitalisatie toegepast.

Zijn gedekt:

- de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en specifieke, zelfs preventieve 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, inclusief magistrale bereidingen.

Voor de kosten die zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bedraagt de tussenkomst maximum driemaal de wettelijke tegemoetkoming.

De kosten voor vervoer worden terugbetaald met een maximum van 250,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Medische kosten van homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur waarvoor geen wettelijke tussenkomst voorzien is, worden onbeperkt terugbetaald op voorwaarde dat de kosten medisch gerechtvaardigd zijn.

Ambulante medische kosten

Voor de “Polis Medewerkers” en de “Polis Medewerkers Nevenverzekerden” zijn de waarborgen de volgende:

a) Ambulante zorgen

- de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer met inbegrip van de kosten van homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- de kosten voor psychotherapeutische en psychosomatische behandelingen die voorgeschreven en verstrekt zijn door een geneesheer;
- de kosten van paramedische prestaties die voorgeschreven door een geneesheer. Met de volgende kosten dient de verzekeraar nooit voorafgaandelijk in te stemmen: verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie;
- de kosten voor medische materiaal voorgeschreven door een geneesheer;
- de kosten voor medische prothesen;
- de kosten voor kunstledematen;

- de kosten voor homeopathische en allopathische producten voorgeschreven door een geneesheer, de kosten voor verbanden en voor medisch materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is;
- de kosten voor tandheelkundige verzorging (raadpleging bij de tandarts, dentale radiografie, preventieve behandelingen, trekken van tanden en conservatieve behandelingen);
- de kosten voor een jaarlijkse medische check-up van de hoofdverzekerde vanaf de leeftijd van 50 jaar, tussenkomst tot 275,00 EUR en na eventuele wettelijke tegemoetkoming;
- de kosten voor magistrale bereidingen worden terugbetaald indien deze voorgeschreven werden door een geneesheer.

Deze kosten worden, na eventuele wettelijke tussenkomst, terugbetaald aan een terugbetalingspercentage van 80%.

b) Tandprothesen

- de kosten voor orthodontische behandelingen;
- tandprothesekosten, hieronder wordt verstaan: de gedeeltelijke of volledige vervanging van tanden, het tandmateriaal, de bruggen, kronen en implantaten, na goedkeuring van het behandelingsplan.

De kosten voor tandprothesen en orthodontische behandelingen worden terugbetaald aan 60%. Daarnaast is de tussenkomst beperkt tot maximum één tussenkomst per tand in een periode van 5 jaar. Alle kosten binnen een behandelingsplan per tand worden gecumuleerd in aanmerking genomen.

c) Optische prothesen

- de kosten voor brilmonturen (één maal om de drie jaar);
- de kosten voor brilglazen bij wijziging van dioptrie, met uitzondering van zonnebrilglazen;
- de kosten voor contactlenzen bij wijziging van dioptrie.

Voor de kosten voor optische prothesen is een terugbetalingspercentage voorzien van 60%, na eventuele wettelijke tussenkomst en bij wijziging dioptrie. Zonnebrilglazen, zelfs op sterkte, worden nooit terugbetaald.

Wegwerplenzen worden terugbetaald per pakket van maximum 12 maanden.

De kosten voor een brilmontuur worden terugbetaald aan maximum 85,00 EUR per montuur en per periode van drie jaar.

Voor de volledige waarborg "Ambulante medische kosten" bedraagt het maximum terugbetalingsplafond globaal 1.250,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Voor de "Polis Familie", formules "Hospi PLUS" en "Hospi TOP", komen volgende ambulante medische kosten in aanmerking:

- de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer, met inbegrip van homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- de kosten voor psychotherapeutische en psychosomatische behandelingen die voorgeschreven en verstrekt zijn door een geneesheer;
- de kosten voor tandheelkundige verzorging (raadpleging bij de tandarts, dentale radiografie, preventieve behandelingen, trekken van tanden en conserverende behandelingen);
- de kosten van orthodontische behandelingen voor kinderen tot 14 jaar.

Deze kosten worden terugbetaald met een maximum van één maal de wettelijke tussenkomst en aan een terugbetalingspercentage van:

- formule "Hospi PLUS": 60%;
- formule "Hospi TOP": 80%.

Als er geen tussenkomst is van de wettelijke ziekteverzekering blijft het terugbetalingspercentage van respectievelijk 60% of 80% behouden.

Het globale maximum terugbetalingsplafond voor deze waarborg "Ambulante Medische Kosten" bedraagt 750,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

WELKE KOSTEN WORDEN NIET TERUGBETAALD?

De kosten die het gevolg zijn van:

- een oorlogsfeit;
- burgerlijke onlusten of oproer, arbeidsconflicten, staking en lock-out, aanslagen, daden van terrorisme of sabotage 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.

De kosten gedaan voor:

- verplichte vaccinatie;
- esthetische zorgen of behandelingen;
- niet-wetenschappelijk beproefde behandelingen;
- de door de wettelijk verplichte verzekering niet verzekerde kuurbehandelingen, badadditieven en cosmetische producten;
- bijstand, oppas en onderhoud van de verzekerde;
- kosten van private aard (drank, telefoon, ...);
- vruchtbaarheidsbehandelingen, contraceptieve behandelingen, vrijwillige zwangerschaps-onderbreking, kunstmatige bevruchting of in vitro fertilisatie;
- de lopende hospitalisatie die begonnen is vóór de aansluitingsdatum;
- behandelingen uitgevoerd vóór de aansluiting van de verzekerde.

DERDEBETALERSSYSTEEM MEDI-LINK

Het derdebetalerssysteem Medi-Link zorgt ervoor dat uw hospitalisatiefactuur rechtstreeks door Vanbreda Risk & Benefits aan het hospitaal betaald wordt. U betaalt achteraf alleen de vrijstelling en de kosten die niet binnen de waarborg vallen terug.

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.

De papieren versie van de kaarten wordt voortaan 4 maanden na aansluiting opgestuurd naar de verzekerden die de app niet hebben geactiveerd.

HOEVEEL BEDRAGEN DE PREMIES?

Verplicht aangesloten actieve medewerkers – facultatief aangesloten actieve medewerkers – gepensioneerde medewerkers en medewerkers in SWT of met gelijkaardige vertrekmodaliteiten

De premie voor de **verplicht aangesloten actieve medewerkers** is volledig ten laste van de werkgever.

De **facultatief aangesloten actieve medewerkers** betalen tijdens het eerste jaar van hun aansluiting de premie zelf. Deze premies worden maandelijks achteraf geïnd via domiciliëring door de beheerder en bedragen, lasten en taksen inbegrepen, per verzekerde: 41,70 EUR

De premie voor de **gepensioneerde medewerkers, de medewerkers in SWT of met gelijkaardige vertrekmodaliteiten** is tijdens de eerste 2 jaar na de aanvang van het pensioen of de SWT-regeling volledig ten laste van de werkgever. Daarna betaalt de ex-medewerker de premie zelf. Deze premies worden maandelijks achteraf geïnd via domiciliëring door de beheerder.

Deze maandpremies, lasten en taksen inbegrepen, bedragen voor de **“Polis Medewerkers Nevenverzekerden”**:

- voor een volwassene tot 65 jaar: : 41,70 EUR
- voor een volwassene vanaf 65 jaar : 125,10 EUR

Nevenverzekerden

Voor de **“Polis Familie”, formule “Hospi”** (enkel hospitalisatie) bedraagt de maandpremie, lasten en taksen inbegrepen:

- voor een kind tot 25 jaar : 12,30 EUR
- voor een volwassene tot 65 jaar : 24,59 EUR
- voor een volwassene vanaf 65 jaar : 73,76 EUR

Deze premies zijn volledig ten laste van de verzekerde en worden maandelijks achteraf geïnd via domiciliëring door de beheerder.

Voor de **“Polis Familie”, formule “Hospi PLUS”** (hospitalisatie én ambulante medische kosten aan 60%) bedraagt de maandpremie, lasten en taksen inbegrepen:

- voor een kind tot 25 jaar : 16,96 EUR
- voor een volwassene tot 65 jaar : 33,91 EUR
- voor een volwassene vanaf 65 jaar : 101,71 EUR

Deze premies zijn volledig ten laste van de verzekerde en worden maandelijks achteraf geïnd via domiciliëring door de beheerder.

Voor de **“Polis Familie”, formule “Hospi TOP”** (hospitalisatie én ambulante medische kosten aan 80%) bedraagt de maandpremie, lasten en taksen inbegrepen:

- voor een kind tot 25 jaar : 17,92 EUR
- voor een volwassene tot 65 jaar : 35,83 EUR
- voor een volwassene vanaf 65 jaar : 107,45 EUR

Deze premies zijn volledig ten laste van de verzekerde en worden maandelijks achteraf geïnd via domiciliëring door de beheerder.

Vanaf 1/1/2024 kunnen de bovenvermelde premies op elke jaarlijkse vervalddag geïndexeed 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.