

EEN WOORDJE UITLEG

COLLECTIEVE VERZEKERING GEZONDHEIDSZORG

Paleis voor Schone Kunsten - polis nr. 4.486.739



ETHIAS NV rue des Croisiers 24 4000 Luik www.ethias.be info@ethias.be

Verzekeringsonderneming toegelaten onder het nr. 0196 voor de beoefening van alle verzekeringstakken Niet-Leven, de levensverzekeringen, de bruidsschats- en geboorteverzekeringen (KB van 4 en 13 juli 1979, BS van 14 juli 1979) alsook de kapitalisatieverrichtingen (Beslissing CBFA van 9 januari 2007, BS van 16 januari 2007)

RPR Luik BTW BE 0404.484.654 Rekening Ethias Bank: 827-0821680-86 IBAN: BE78 8270 8216 8086 BIC: ETHIBEBB

DOEL VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering waarborgt bij hospitalisatie of bij ernstige ziekte, een aanvullende terugbetaling van de kosten die, na aftrek van de wettelijke tegemoetkomingen (mutualiteit, ...), nog ten laste blijven van de verzekerden.

De bedoeling bestaat er bijgevolg in, personen of gezinnen die ingevolge de opname in een verpleeginstelling, of door een ernstige ziekte, plots met belangrijke financiële uitgaven geconfronteerd worden, te beschermen.

WIE KAN VAN DEZE VERZEKERING GENIETEN?

1. Elk personeelslid alsmede zijn/haar echtgeno(o)t(e) of levenspartner ingeschreven vóór de leeftijd van 65 jaar en dit tot einde van het verzekeringsjaar waarin zij deze leeftijd bereikt hebben.
2. Elk personeelslid alsmede zijn/haar echtgeno(o)t(e) of levenspartner ouder dan 65 jaar voor zover de aansluiting op deze polis gebeurt vóór de leeftijd van 65 jaar, tot hun overlijden.
3. De kinderen van de hiervoor vermelde personen die kinderbijslag genieten, of wanneer ze deze bijslag niet meer genieten, ten laste blijven of ingeschreven zijn op het domicilieadres van voormelde personen.

AANSLUITING

Een verzekeringsjaar begint op 01 januari en eindigt op 31 december van datzelfde jaar.

Indien er zich wijzigingen voordoen in de samenstelling van de te verzekeren personen binnen een gezin, dienen deze binnen de maand na de gebeurtenis doorgegeven te worden door middel van een nieuw aansluitingsformulier met de vermelding « wijziging in de gezinstoestand ». Alleen wanneer aan deze voorwaarde voldaan is, gaan de wijzigingen in op de datum van de gebeurtenis.

DRAAGWIJDTE VAN DE VERZEKERING

I. TOEPASSINGSGEBIED

A. Bij ziekenhuisopname (zie definitie op einde van dit artikel)

- 1) Bij ziekenhuisopname, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt Ethias, binnen de grenzen bepaald in het hoofdstuk « Omvang van de waarborg » (zie hierna), de verzorgingskosten terug, voor zover deze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV en verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling.
Zijn gewaarborgd:
 - a) de verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
 - b) de kosten voor medische prestaties, de erelonen en ereloonsupplementen;
 - c) de kosten voor paramedische prestaties;
 - d) de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
 - e) de chirurgie- en verdovingskosten;
 - f) de kosten voor het gebruik van de operatie- en de bevallingskamer;
 - g) de kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen alsmede orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname en in rechtstreeks verband staan met de opname. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat zo de prothesen een zuiver esthetisch karakter hebben er geen terugbetaling zal gebeuren;
 - h) de wiegendoodtest.
- 2) Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
 - a) de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal;
 - b) het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte niet-herbruikbaar materiaal;

- c) de niet-vergoedbare of onder categorie « D » opgenomen geneesmiddelen;
- d) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- e) de kosten voor:
 - ~ aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis;
 - ~ aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord door medische reden;
 - ~ het medisch urgentieteam (MUG);
- f) de verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;
- g) de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan veertien jaar (rooming-in);
- h) de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden.

B. Pre- en posthospitalisatie

- 1) Het betreft hier de medische kosten gedaan gedurende 60 dagen vóór en 180 dagen na de opname, die rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname en aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.
Zijn in deze periode gewaarborgd:
 - a) de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;
 - b) de kosten van de paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
 - c) de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer;
 - d) de kosten van de medische protheses die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
 - e) de kosten van de kunstledematen.
- 2) Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
 - a) de niet-vergoedbare of onder categorie « D » opgenomen geneesmiddelen;
 - b) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - c) de kosten van de verbanden en van het medisch materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.

C. In het geval van een « ernstige ziekte »

- 1) Bij volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinales, pokken, tyfus, vlektyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, malaria, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jacob en progressieve spierdystrofie wordt de verzekering bovendien uitgebreid tot de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV en die in rechtstreeks verband staan met de ziekte, zoals ondermeer:
 - de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
 - de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
 - de kosten voor paramedische prestaties;
 - de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
 - de geneesmiddelen.
- 2) Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
 - de niet-vergoedbare of onder categorie « D » opgenomen geneesmiddelen;
 - de vervoerskosten;
 - de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - de farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, met uitsluiting van producten die algemeen in de niet-medische handel te verkrijgen zijn;
 - alle andere kosten waarmee Ethias vooraf heeft ingestemd.

D. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp

Deze verzekering is eveneens van toepassing op de medische kosten voor thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp. Bijgevolg zijn bij thuisbevalling en poliklinische bevalling de waarborgen van het hoofdstuk « Pre- en posthospitalisatie » vermeld onder punt B. hiervoor, eveneens verworven, met inbegrip van de medische kosten voor de pasgeborene.

Onder kraamhulp dient te worden verstaan de kosten die aansluitend op de bevalling 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.

(*) Definities

- a) « ziekenhuis »: een openbare of privé-instelling in binnen- of buitenland die wettelijk erkend is als ziekenhuis, met uitsluiting van gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische diensten of inrichtingen, rusthuizen, geriatrie instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van bejaarden, instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van herstellenden of kinderen, alsmede deze die een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis gekregen hebben.
- b) « ziekenhuisopname »: elk medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. Dit houdt zowel het verblijf in van minstens één nacht als het concept « dagziekenhuis » (one day clinic) voor zover volgende voorwaarden voldaan zijn:
 - er effectief gebruik wordt gemaakt 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;
 - dat het over prestaties gaat in het kader van mini- en maxiforfaits alsook in het kader van forfaits A, B, C, D opgenomen in de Nationale overeenkomst tussen de Verpleeginrichtingen en de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Wat het volgen van kuren betreft is er enkel een tussenkomst voorzien indien de behandeling van curatieve aard is, verstrekt wordt in een instelling die beantwoordt aan de hiervoor bepaalde voorwaarden en indien Ethias er voor het begin van de behandeling schriftelijk heeft in toegestemd.

Voor tuberculose is de waarborg eveneens verworven voor behandelingen in sanatoria en verzorgingstehuizen voor tuberculosepatiënten.

II. OMVANG VAN DE WAARBORG

- A. Per prestatie zoals bepaald onder punt I. hiervoor waarborgt onderhavige verzekering de terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg zonder enige limiet.
- B. Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend (de punten I. A.2, I. B.2 en I. C.2) geldt:
 - a) een tussenkomst tot 2 500,00 euro per persoon en per kalenderjaar;
 - b) een tussenkomst van 50 % van de kosten tot 1 250,00 euro per persoon en per kalenderjaar voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien.
- C. De terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan veertien jaar is gewaarborgd tot 25,00 euro per nacht.
- D. De tussenkomst in de verblijfskosten van een donor wordt verleend tot 1 250,00 euro.
- E. De vervoerskosten bij ernstige ziekten (punt I. C.2.b) worden gewaarborgd tot een globaal plafond van 250,00 euro per persoon en per kalenderjaar.
- F. Voor hospitalisatie ingevolge een psychische, psychiatrische of mentale aandoening, is onze tussenkomst per verzekerde verworven gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van twee jaar te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.
- G. De tussenkomst voor kraamhulp wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf dagen na de ziekenhuisopname, de thuisbevalling of de poliklinische bevalling en tot maximum 500,00 euro.
- H. De vrijstelling is bepaald op 75,00 euro per verzekerde en per kalenderjaar. Deze vrijstelling is evenwel slechts van toepassing indien de verzekerde gekozen heeft voor de opname in een éénpersoonskamer. Er is geen vrijstelling in het geval van een ernstige ziekte waarvan de lijst opgesomd is in punt 1.C. hiervoor. Wanneer de vrijstelling van toepassing is op een ononderbroken ziekenhuisopname gespreid over twee opeenvolgende kalenderjaren zal Ethias slechts éénmalig de vrijstelling toepassen.

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

III. WACHTTIJD

De wachttijd is de periode die ingaat op de dag van de aansluiting en gedurende dewelke Ethias geen enkele uitkering verschuldigd is.

1. De algemene wachttijd is DRIE maanden.

Deze wachttermijn vervalt echter:

- a) bij ongevallen;
 - b) bij volgende besmettelijke ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, acute kinderverlamming, hersenvliesontsteking, myelitis, bloeddiarree, tyfus en paratyfus, tyfus met huiduitslag, cholera, pokken, malaria, hevig herhaalde koortsaanvallen;
 - c) in geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) en bij geboorte voor de pasgeborene van een persoon die reeds verzekerd was, voor zover de aansluiting plaats heeft binnen de drie maanden volgend op de gebeurtenis.
2. Zonder afbreuk te doen aan de in punt 1. hiervoor voorziene wachttermijn van drie maanden is de tussenkomst van Ethias voor de kosten in verband met een zwangerschap of een bevalling ondergeschikt aan de voorwaarde dat de zwangerschap begon na de aanvangsdatum van de waarborg ten aanzien van de begunstigde persoon.
 3. In afwijking van punt 1. en 2. hiervoor, wordt wachttermijn afgeschaft voor de personen die reeds van een verzekering genoten dewelke analoge voordelen waarborgt als onderhavige polis, en voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de aansluiting bij de vorige verzekering en dat er geen onderbreking van dekking tussen de twee contracten is. Bovendien, wanneer de vraag tot tussenkomst betrekking heeft op kosten in verband met een zwangerschap of bevalling, zijn de prestaties van Ethias in het kader van onderhavige polis ondergeschikt aan de voorwaarden dat de zwangerschap begon na de aansluiting van de begunstigde bij de vorige verzekering.

Wat te doen indien men reeds over een dergelijke verzekering beschikt?

Personen of gezinnen die reeds zouden beschikken over een verzekeringscontract dat voorziet in dezelfde of analoge waarborgen, afgesloten hetzij bij Ethias of een andere verzekeraar, kunnen na afloop van de bestaande polis overschakelen naar deze verzekering, zonder een wachttijd te moeten doorlopen.

Er mag nochtans geen onderbreking zijn in de verzekering.

Het volstaat dat men een kopie van de bestaande polis voegt bij het aansluitingsformulier voor deze verzekering, en zelf instaat voor de opzeg van de lopende verzekering.

IV. BESTAANDE AANDOENINGEN

Wat gebeurt er indien men op het ogenblik van de aansluiting op de verzekering reeds aan een bestaande ziekte of aandoening lijdt?

De in punt I. bedoelde tegemoetkomingen worden niet aan de verzekerden verleend indien het bestaan van de aandoening, van de ziekte of van de invaliditeit, waarvoor om tegemoetkoming wordt verzocht, niet door de verzekerde of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger kon ontkend worden op de datum van aansluiting op deze polis, zelfs indien de eerste symptomen niet toelieten een duidelijke diagnose te stellen.

In afwijking in hetgeen voorafgaat zijn evenwel steeds gewaarborgd:

- a) de aandoening, de ziekte of de invaliditeit waarvoor het slachtoffer, zonder verzekeringsonderbreking, reeds gedekt was krachtens een gelijkaardige waarborg;
- b) de verergering van de aandoening, van de ziekte of van de invaliditeit wanneer de verzekerde sedert meer dan één jaar op de polis aangesloten is en tijdens deze periode geen medische behandeling heeft ondergaan voortvloeiend uit de reeds bestaande ziekte, bestaande aandoening of bestaande invaliditeit.

V. UITSLUITINGEN

Zijn van de verzekering uitgesloten de prestaties voortspruitend uit:

- a) esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheeskunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden wel ten laste genomen;
- b) ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
 - 1. in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van doping, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 - 2. ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- c) sterilisatie en anti-conceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen;
- d) medisch begeleide voortplanting en thermale kuren;
- e) oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, behalve wanneer het conflict losbarst tijdens het verblijf van de verzekerde, wegens burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- f) bezoldigde sportbeoefening ;
- g) een door de verzekerde gestelde opzettelijke daad, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of van goederen betreft, een door de verzekerde gepleegde misdaad of misdrijf, roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- h) de schade voortspruitend uit het gebruik van nucleaire energie welke onder toepassing van de Conventie van Parijs (wet van 22 juli 1985) of alle andere wettelijke bepalingen welke deze wetgeving zouden vervangen, wijzigen of aanvullen;
- i) vrijwillige verminking of poging tot zelfdoding;
- j) een ongeval waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig, of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

VI. TERRITORIALE GRENZEN EN TERRORISME

- a) De verzekering is van toepassing in de ganse wereld.

Er zijn echter landen waarmee de Belgische mutualiteiten geen terugbetalingsovereenkomsten gesloten hebben. In dat geval zal Ethias, bij een gewaarborgde ziekte of ongeval, overkomen aan een verzekerde in één van deze landen, tussenkomen alsof de ziekte of het ongeval zich in België zou voorgedaan hebben.

Er wordt bijgevolg rekening gehouden met een fictieve terugbetaling door de mutualiteit (ziekte-en invaliditeitsverzekering – afdeling gezondheidszorg – stelsel der werknemers).
- b) Terrorisme: deze verzekeringsovereenkomst dekt de schade veroorzaakt door een daad van terrorisme, zoals gedefinieerd en geregeld door de wet van 1 april 2007 (BS 15 mei 2007). In dit kader is Ethias toegetreden tot de vzw TRIP (Terrorisme Reinsurance and Insurance Pool). Zowel het principe als de modaliteiten m.b.t. de vergoeding van een schadegeval voortvloeiend uit een daad van terrorisme worden voortaan bepaald door een Comité dat losstaat van de verzekeringsondernemingen en dat is opgericht overeenkomstig artikel 5 van de wet van 1 april 2007.

VII. SCHADEREGELING

Elke opname in een ziekenhuis dient u zo snel mogelijk aan Ethias door te geven, door middel van het daartoe bestemde formulier. Deze aangifteformulieren zijn steeds te bekomen bij Ethias.

Nadien bezorgt u Ethias het detail van uw medische kosten (originele factuur van het ziekenhuis, bewijzen van terugbetaling van de mutualiteit, ...).

Wanneer u in het bezit bent van de AssurCard en het ziekenhuis waar u opgenomen wordt reeds is aangesloten op het AssurCard netwerk, kan u uw aangifte via elektronische weg doen. In dit geval zal Ethias, als derde betaler, uw ziekenhuisfactuur rechtstreeks aan het ziekenhuis vereffenen.

Latere medische kosten in de nazorg, die niet elektronisch kunnen verrekend worden dient u nadien over te maken aan Ethias.

De uitkeringen op basis van deze verzekering kunnen door Ethias slechts verleend worden voor zover zij het recht heeft op ieder ogenblik, de gezondheidstoestand van de verzekerde door een door haar erkende arts te laten controleren. De door de verzekerde gekozen arts, geeft de verzekerde, die erom verzoekt, de geneeskundige verklaringen af die voor het uitvoeren van deze overeenkomst nodig zijn.

Bij ziekenhuisopname in een ziekenhuis dat beschikt over een AssurCard-automaat

Ethias en Assurcard maken u het leven eenvoudiger.

AssurCard is een elektronische kaart op naam die u in de overgrote meerderheid van de gevallen in staat stelt om het derdebetalersysteem te genieten.

De voordelen van het derdebetalersysteem:

- U hoeft geen voorschot meer te betalen zo u in een ziekenhuis wordt opgenomen;
- U dient te factuur bij het verlaten van het ziekenhuis niet te betalen en te wachten tot Ethias u vergoedt. Ethias betaalt deze factuur zelf aan het ziekenhuis.

Andere voordelen van AssurCard:

U dient uw opname niet meer schriftelijk te melden aan Ethias. Uw dossier wordt immers automatisch aangelegd.

Soms zal u geen beroep kunnen doen op het derdebetalersysteem. In een later stadium kan u eventueel toch nog vergoed worden voor uw kosten voor zover uw opname ten laste wordt genomen in het kader van de collectieve polis van Assurnat nv.

Wanneer en hoe deze AssurCard gebruiken?

Heel simpel... u wordt stap voor stap begeleid.

- Vooraleer u aan te bieden aan de balie voor uw inschrijving, dient u zich naar de AssurCard-automaat te begeven om uw opname te melden. U vindt deze in de ontvangstruimte van de ziekenhuizen die bij dit systeem zijn aangesloten.
- Stop uw kaart in de AssurCard-automaat:
 1. het systeem controleert uw persoonlijke gegevens;
 2. als u niet verzekerd bent, wordt u hiervan verwittigd;
 3. in alle andere gevallen wordt u gevraagd om te antwoorden op enkele vragen die op het scherm verschijnen. Deze procedure is eenvoudig en gebruiksvriendelijk.
 4. op het einde wordt u gemeld of u al dan niet het derdebetalersysteem geniet;
 5. begeef u naar de opnamebalie van het ziekenhuis waar u uw AssurCard toont.

Uw voordeel? U hoeft geen aangifte te doen noch een voorschot of een factuur te betalen.

Bij ziekenhuisopname in een ziekenhuis dat niet beschikt over een AssurCard-automaat

In dit geval dient u het voorschot en de factuur van uw opname rechtstreeks te regelen met het ziekenhuis.

Dit wil echter niet zeggen dat uw ziekenhuisopname niet gewaarborgd zou zijn. In deze gevallen moet u het document « aangifte inzake vergoeding gezondheidszorg » invullen en door een geneesheer het medisch getuigschrift op de achterzijde van dit document laten invullen. Dit document stuurt u dan zo spoedig mogelijk naar Ethias, die voor u een dossier aanlegt.

Nadien bezorgt u Ethias de bewijzen van uw uitgaven (originele factuur van het ziekenhuis, kastickets van de apotheker, bewijzen van verstrekte zorg, ...).

Opgelet! Dat het derdebetalersysteem wordt toegekend betekent niet dat uw opname gedekt is door deze collectieve polis. De polisvoorwaarden die u binden blijven immers onverkort van toepassing.

Denk eraan! Zelfs bij toepassing van het derdebetalersysteem kan het dat bepaalde onkosten niet door de polis worden gedekt (vrijstelling, telefoonkosten, huur van televisie, ...). In dat geval zullen zij in eerste instantie gerecupereerd worden op de kosten die vóór en na de opname worden gemaakt.

Als dit nog nodig mocht zijn, zullen wij u verzoeken ons de door de polis niet-gedekte kosten terug te betalen.

PREMIE

Deze verzekering kan afgesloten worden tegen betaling van een jaarpremie per verzekerde persoon (taksen inbegrepen), vastgesteld als volgt:

Leeftijd	Premie
per verzekerde tot en met 19 jaar	61,03 EUR
per verzekerde van 20 tot en met 49 jaar	201,78 EUR
per verzekerde vanaf 50 tot en met 64 jaar	364,02 EUR
per verzekerde vanaf 65 tot en met 69 jaar	623,27 EUR
per verzekerde vanaf 70 jaar	868,98 EUR

BIJKOMENDE INLICHTINGEN

Voor elke inlichting omtrent uw dekking

Ethias, Zetel voor Vlaanderen, Prins-Bisschopssingel 73 te 3500 Hasselt
Tel. 011 28 22 40 - Fax 011 28 22 00
contract.hospicollectief@ethias.be

In geval van ziekenhuisopname

Ethias, Zetel voor Vlaanderen, Prins-Bisschopssingel 73 te 3500 Hasselt
Tel. 011 28 27 60
schade.gezondheidszorg@ethias.be

Deze tekst heeft een zuiver informatief karakter en tracht enkel een overzicht te geven van de bepalingen die vermeld staan in de collectieve verzekeringsovereenkomst tussen het Paleis voor Schone Kunsten en Ethias. In geval van welke betwisting ook, zullen enkel de voorwaarden van de ondertekende polis geldig zijn.

Verklarende nota

RECHT OP INDIVIDUELE VOORTZETTING VAN EEN COLLECTIEVE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST

1. DEFINITIE

Behalve in geval van niet-betaling van de premie of in geval van bedrog, heeft elke persoon die bij een collectieve verzekering is aangesloten het recht om deze verzekering individueel voort te zetten wanneer hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest (bijvoorbeeld, in geval van verandering van werkgever, ontslag, pensioen, ...), zonder op dat ogenblik een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen. De verzekeraar mag bovendien geen nieuwe wachtermijn opleggen.

Dit recht op individuele voortzetting bestaat zowel voor de hoofdverzekerde als voor de verzekerde leden van zijn gezin.

2. VOORWAARDEN

Om dit recht op individuele voortzetting te kunnen uitoefenen moet de verzekerde gedurende de twee jaren die aan het verlies van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten.

3. PROCEDURE EN TERMIJNEN

De verzekeringnemer van de collectieve verzekering of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten.

Vanaf de dag van de ontvangst van dit schrijven beschikt de verzekerde over een termijn van dertig dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn voornemen om de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst individueel verder te zetten. Deze termijn kan met dertig dagen worden verlengd en aldus op zestig dagen worden gebracht, op voorwaarde dat de verzekeraar daarvan schriftelijk of elektronisch in kennis wordt gesteld.

De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om de verzekerde een verzekeringsaanbod met gelijksoortige waarborgen te doen. De verzekerde beschikt over een termijn van dertig dagen om het aanbod schriftelijk dan wel elektronisch te aanvaarden.

4. BIJZONDER GEVAL VAN VOORTZETTING VAN DE VERZEKERING DOOR DE LEDEN VAN HET GEZIN

De leden van het gezin van de hoofdverzekerde kunnen ook het recht op individuele voortzetting uitoefenen wanneer ze het voordeel van de collectieve verzekering verliezen om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde (bijvoorbeeld in geval van echtscheiding of als een kind het gezin verlaat). In dat geval, beschikt de betrokken verzekerde over een termijn van 105 dagen te rekenen vanaf het tijdstip waarop hij voornoemd voordeel verliest om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om hem een verzekeringsaanbod te doen. Het lid van het gezin beschikt over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod te aanvaarden.

5. BETALING VAN EEN BIJKOMENDE PREMIE

Bij de berekening van de premie voor de individueel voortgezette verzekering wordt rekening gehouden met de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting.

De verzekerde kan echter gedurende de looptijd van de collectieve verzekering een bijkomende premie betalen.

Het doel van deze bijkomende premie bestaat erin om bij de berekening van de premie voor de individueel voortgezette verzekering rekening te houden met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen. Als hij de betalingen onderbreekt wordt de leeftijd proportioneel opgetrokken in functie van de duur van de onderbreking.

Ethias stelt u desgevallend voor deze bijkomende premie te betalen door de overeenkomst « Plan Medi-Next » af te sluiten. Elke informatie betreffende deze mogelijkheid kunt u bekomen op het telefoonnummer 011 28 29 90.

VOOR MEER INFORMATIE

Ethias

Zetel voor Vlaanderen

Prins-Bisschopssingel 73 - 3500 Hasselt

Tel. 011 28 21 11

Fax 011 28 20 20

www.ethias.be

info@ethias.be