



EEN WOORDJE UITLEG

COLLECTIEVE VERZEKERING

GEZONDHEIDSZORG

GSD-V

Lokale Besturen Vlaanderen

Vanaf 01.01.2026

Inhoud

Doel van de verzekering	4
Wie kan van de verzekering genieten?	4
Draagwijdte van de verzekering	5
I. Toepassingsgebied	5
II. Omvang van de waarborg	8
III. Vrijstelling	9
IV. Wachttijd	9
V. Bestaande aandoeningen	12
VI. Uitsluitingen	12
VII. Territoriale grenzen en terrorisme	13
Schaderegeling	13
Premie	15
Bijkomende informatie	16
 Bijkomende verklarende nota	17
 Recht op individuele voortzetting van een collectieve beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst	17
1. Definitie	17
2. Voorwaarden	17
3. Procedure en termijnen	17
4. Bijzonder geval van voortzetting van de verzekering door de leden van het gezin	17
 Algemene verordening gegevensbescherming	18
Bescherming van de persoonsgegevens	18
Verwerking van gegevens die verband houden met de gezondheid en/of andere gevoelige gegevens	19

Ethias nv voie Gisèle Halimi 10 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 Belfius Bank: BE72 0910 0078 4416 BIC: GKCCBEBB

Doele van de verzekering

De 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 door de opname in een verpleeginstelling, of een ernstige ziekte, plots met belangrijke financiële uitgaven geconfronteerd worden, te beschermen.

Wie kan van de verzekering genieten?

1. Hoofdverzekerden (automatische aansluiting)

- De statutaire en contractuele personeelsleden die actief in dienst zijn bij de bij GSD-V aangesloten besturen of instellingen en, in voorkomend geval, zijn mandaathouders, die zich aansluiten vóór de wettelijke pensioenleeftijd (tot het einde van het kalenderjaar waarin zij deze leeftijds grens bereiken).
- Deze verzekerde personeelsleden kunnen, op vrijwillige basis, gratis genieten van deze verzekering.
- De personeelsleden verzekerd als hoofdverzekerde die met pensioen gaan vanaf 1 januari 2026, op voorwaarde dat ze op het moment van hun pensioen instemmen met een ononderbroken verderzetting van hun verzekering.
- Personeelsleden die op 1 januari 2026 al met pensioen zijn en aangesloten waren bij de groepsverzekering van een bestuur of instelling aangesloten bij de GSD-V.

2. Nevenverzekerden (facultatieve aansluiting)

- De bij de hoofdverzekerde gedomicilieerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner van de hoofdverzekerden, die bij de verzekering aangesloten zijn vóór de wettelijke pensioenleeftijd.
- De bij de hoofdverzekerde gedomicilieerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner van gepensioneerde personeelsleden, voor zover zij reeds vóór de wettelijke pensioenleeftijd bij de groepsverzekering waren aangesloten.
- De ongehuwde kinderen van bovenvermelde personen waarop de wetgeving inzake het groeipakket (kinderbijslag) van toepassing is of die, indien zij geen recht meer hebben op het groeipakket (kinderbijslag), fiscaal ten laste blijven van deze personen of bij de titularis hun domicilie hebben; de kleinkinderen die ten laste zijn van de bovenvermelde personen of die, indien zij niet meer ten laste zijn, nog steeds bij de titularis (de persoon die recht geeft op hun aansluiting) hun domicilie hebben; de kinderen die onder de wettige voogdij van de bovenvermelde personen zijn geplaatst.
- De kinderen van gescheiden of van tafel en bed gescheiden ouders die ten laste zijn op voorwaarde dat de hoofdverzekerde verplicht is alimentatiegeld te betalen of in geval van co-ouderschap.
- Er wordt bepaald dat, in geval van overlijden van een persoon die bij deze polis is aangesloten en die het recht op aansluiting had geopend, de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner en de kinderen die onder hetzelfde dak wonen van de waarborgen van het contract kunnen blijven genieten zolang de medeverzekerde, zijnde de echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner, niet hertrouwt of een daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.
- Er wordt ook bepaald dat de aansluiting bij deze polis facultatief is en dat het huishouden, gevormd door een persoon als bedoeld in de eerste paragraaf hierboven en de gezinsleden, één en dezelfde formule moet kiezen met betrekking tot de toepassing van de vrijstelling en het type kamer.

Draagwijdte van de verzekering

I. TOEPASSINGSGEBIED

❖ BASISFORMULE

A. In geval van een ziekenhuisopname (zie definities op het 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 verstrekten werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling.

Op basis van voormelde voorwaarden zijn o.a. gewaarborgd:

- a) de verblijfskosten, met inbegrip van de toeslagen voor een tweepersoonskamer en gemeenschappelijke kamer. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de toeslagen/supplementen voor een verblijf in een eenpersoonskamer om persoonlijke redenen niet in aanmerking worden genomen in de basisformule. Eventuele extra kosten boven op de dagprijs zijn niet inbegrepen in de basisformule;
 - b) de kosten van medische prestaties, erelonen en ereloon supplementen. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de erelonen en ereloon supplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer om persoonlijke redenen niet in aanmerking worden genomen in de basisformule;
 - c) de kosten van paramedische prestaties;
 - d) de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medische materiaal en andere medische hulpmiddelen;
 - e) de kosten van chirurgie en anesthesie;
 - f) de kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de bevallingskamer;
 - g) de kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen, medische prothesen en ook orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname en rechtstreeks verband houden met de reden van opname;
Prothesen van zuiver esthetisch aard worden niet teruggbetaald;
 - h) de medische kosten van de pasgeborene tijdens de ziekenhuisopname van de moeder ingevolge een gewaarborgde bevalling, met inbegrip van de medische kosten voor de afname van stamcellen;
 - i) de wiegendoortest;
 - j) de kosten voor palliatieve zorgen met inbegrip van de geneesmiddelen;
 - k) de kosten van plastische herstelgeneeskunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval;
 - l) de kosten voor medisch begeleide voortplanting waarvoor een wettelijke tussenkomst wordt verleend.
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 kosten voor niet-vergoedbare of onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
 - d) de kosten van farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is;
 - e) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
 - f) de kosten voor:
 - aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis;
 - aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord om medische reden;
 - het medisch urgentieteam (MUG);
 - g) de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind, verlengde minderjarigheid inbegrepen (rooming-in);
 - h) de kosten van voorgescreven medische behandelingen zoals: massage, elektrotherapie, mechanotherapie, fysiotherapie, diathermie, radiotherapie, echografie, enz.;
 - i) de verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;

- j) de verblijfskosten in een eenheid voor palliatieve zorgen;
- k) de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden.

B. Pre- en posthospitalisatie

Het betreft de medische kosten die rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname en die gemaakt worden tijdens een periode van 90 dagen vóór de ziekenhuisopname en 180 dagen na de ziekenhuisopname.

Als de ziekenhuisopname het gevolg is van een ongeval, wordt de periode verlengd van 180 dagen tot 365 dagen.

Zijn tijdens deze periode gewaarborgd:

1. Voor zover ze 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 medische prothesen die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
 - e) de kosten van kunstledematen;
 - f) de medische kosten en verzorgingskosten in een revalidatiecentrum;
 - g) de kosten van medische verzorging van de donor die een rechtstreeks verband houden met de transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde verzekerde;
 - h) de kosten van geneesmiddelen;
 - i) de kosten voor palliatieve zorgen met inbegrip van de geneesmiddelen;
2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
 - a) de niet-vergoedbare of onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
 - b) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
 - c) de kosten van de verbanden, medische hulpmiddelen en medisch materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is;
 - d) de erkende apps op mHealthBelgium.

C. In geval van een "ernstige ziekte"

Bij volgende ziekten : kanker, leukemie, myolofibrose, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difterie, kinderverlamming (polio), cerebrospinale meningitis, pokken, tyfus (vlekytfus, paratytfus en tyfus), encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, malaria, infectieuze hepatitis of virale hepatitis, rode hond, roodvonk, suikerziekte, colitis Ulcerosa, nierandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, mucoviscidose, lymphogranulomatose, progressieve spierdystrofie, pancreasontsteking, ziekte van Alzheimer, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt Jacob, ziekte van Morquio, ziekte van Kniest, scrofulose, brucellose, sclerodermie, syndroom van Treacher Collins, ziekte van Guillain-Barré, epilepsie, erfelijke progressieve myopathieën, ziekte van Lyme, non-hodgkin lymfoom, ziekte van Huntington en infectieziekten als gevolg van het coronavirus wordt de verzekering bovendien uitgebreid tot de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

De kosten van controle-onderzoeken zijn gewaarborgd voor de aangeslotenen die in het verleden aan één van de hierboven vermelde ernstige ziekten hebben geleden.

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn ondermeer gewaarborgd:
 - a) de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloon supplementen;
 - b) de kosten voor paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
 - c) de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;

- d) de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
 - e) de kosten van medische prothesen die in rechtstreeks verband staan met de ziekte;
 - f) de kosten van geneesmiddelen;
2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
- a) de niet-vergoedbare of onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
 - b) de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is;
 - c) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
 - d) de vervoerskosten;
 - e) alle andere kosten waarmee Ethias vooraf heeft ingestemd;
 - f) de kosten voor voorgeschreven pruiken en uitwendige borstprothesen tot een maximaal bedrag van 1000,00 EUR per voorschrijf;
 - g) de erkende apps op mHealthBelgium.

Opmerking: De kosten voor een verblijf in een palliatieve zorginstelling wanneer deze zorgen samengaan met prestaties die gedekt zijn onder de punten A tot en met C hiervoor.

D. Preventieve verwijdering van een orgaan

Deze verzekering is van toepassing in geval van preventieve verwijdering van een orgaan wegens het bestaan van een genetische mutatie die een verhoogd risico op het ontwikkelen van kanker met zich meebrengt. In dit geval komt Ethias tussen in de kosten van de ziekenhuisopname en in de pre- en posthospitalisatiekosten.

E. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kosten na de bevalling

Deze verzekering is eveneens van toepassing op de medische kosten voor thuisbevalling onder de begeleiding van een erkend arts of een door het RIZIV erkende verloskundige en poliklinische bevalling. In voorkomend geval zijn de waarborgen vermeld in het hoofdstuk "pre- en posthospitalisatie" vermeld onder punt B hiervoor, eveneens verworven, met inbegrip van de medische kosten voor de pasgeborene.

Bovendien is de waarborg van deze verzekering, binnen de grenzen voorzien in de speciale voorwaarden eveneens van toepassing op de kosten die aansluitend op de bevalling door een erkende kraamzorginstelling in rekening worden gebracht voor de zorg die thuis aan de moeder, de pasgeborene en het gezin door een erkende kraamverzorger wordt verstrekt.

F. Medisch begeleide voortplanting

De ziekenhuisopname met het oog op een medisch begeleide voortplantingsbehandeling (MBV) waarvoor een wettelijke tussenkomst wordt verleend, wordt ten laste genomen overeenkomstig de bepalingen van punten A en B.

G. Extramurale oogheelkunde

Deze verzekering is eveneens van toepassing op de medische kosten van een cataractoperatie met monofocaal of dubbelzicht implantaat, die niet in een ziekenhuis maar extramuraal worden uitgevoerd in het kabinet van een oogarts die voldoet aan alle wettelijke voorschriften om deze ingrepen uit te voeren.

In voorkomend geval zijn de waarborgen vermeld in het hoofdstuk "pré- en posthospitalisatie" onder punt B hiervoor, eveneens verworven.

❖ UITGEBREIDE FORMULE

De waarborgen zijn identiek als deze van de basisformule uitgebreid met de terugbetaling van de toeslagen aangerekend voor zowel de verblijfskosten als de erelonen of ereloon supplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer om persoonlijke redenen.

(*) Definities

a) "ziekenhuis": een openbare of privé-instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis, met uitsluiting van gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische diensten of inrichtingen, rusthuizen, geriatrische 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 is effectief gebruik gemaakt van de operatiezaal of van de gipskamer; of er is effectief een ziekenhuisbed gebruikt, met aansluiting van het verblijf in de wachtkamers, de onderzoekkamers en de ruimten voor externe consultatiediensten van het ziekenhuis;
- het moet gaan over prestaties in het kader van mini-, maxi- en superforfaits alsook in het kader van A, B, C, D-forfaits opgenomen in de Nationale overeenkomst tussen de Verpleeginrichtingen en de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Zieke- en Invaliditeitsverzekering.

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

Een door het RIZIV erkende thuishospitalisatie (TH) wordt gelijkgesteld met een ziekenhuisopname.

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 "Toepassingsgebied" hiervoor waarborgt onderhavige verzekering de terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg voor prestaties waarvoor een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend:
 - tot maximum het drievoud van deze wettelijke tussenkomst indien de opname gekoppeld is aan een eenpersoonskamer;
 - zonder plafond in alle andere gevallen.
- B. Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend - de niet-RIZIV gebaremiseerde kosten -, geldt een tussenkomst van maximum van 5.000 EUR per verzekerde en per kalenderjaar.
- C. De terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind (artikel 2.A.2,g) der algemene voorwaarden) is onbeperkt gewaarborgd.
- D. De terugbetaling van de verblijfskosten van een donor (artikel 2.A.2,i) der algemene voorwaarden) is onbeperkt gewaarborgd.
- E. Voor hospitalisatie ingevolge een psychische, psychiatrische of mentale aandoening, is de tussenkomst per verzekerde verworven gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van 36 maanden te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.
- F. De tussenkomst inzake extramurale oogheelkunde (artikel 2.G. der algemene voorwaarden) is ongeacht het type lensimplantaat, de tegemoetkoming van het ziekenfonds en de omvang van het bedrag ten laste van de patiënt, gewaarborgd tot 600,00 euro per persoon en per oog.
- G. De vervoerkosten bij ernstige ziekten (artikel 2.C.2.d) der algemene voorwaarden) worden gewaarborgd tot een globaal plafond van 300,00 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

- H. De kosten voor thuisbevalling (artikel 2.E. der algemene voorwaarden) worden vergoed tot een globaal plafond van 620,00 euro per bevalling.
- I. De kosten voor kraamhulp na een bevalling (artikel 2.E. der algemene voorwaarden) worden vergoed tot beloop van een globaal plafond van 820,00 euro.
- J. De kosten voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie, uitgeoefend door een erkende specialist indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien (artikels 2.A.2.e), 2.B.2.b) en 2.C.2.c) der algemene voorwaarden), worden vergoed tot beloop van 50% van de kosten binnen het plafond vermeld in punt B hiervoor.
- K. De kosten voor thuishospitalisatie (TH) zijn gewaarborgd indien deze door het RIZIV werden erkend. Deze doelmatige zorg kan worden toegediend in de leefomgeving van de patiënt met respect van de van toepassing zijnde regelgeving van kwaliteits- en veiligheidscriteria, en die, als deze criteria niet kunnen worden toegepast moeten gebeuren in een klassieke (dag)hospitalisatie.
- L. De kosten voor haarprothesen en uitwendige borstprothesen worden vergoed in het kader van een ernstige ziekte (artikel 2.C.2,f) der algemene voorwaarden) en dit tot max. 1.000,00 euro per voorschrift, al dan niet na een gedeeltelijke tussenkomst van de mutualiteit.
- M. Voor hospitalisatie ingevolge medisch begeleide voortplanting is de waarborg van toepassing vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling. De kosten zijn zonder plafond gewaarborgd op voorwaarde dat er tussenkomst is van het RIZIV.
- N. De kosten voor de erkende apps op mHealthBelgium (artikels 2.B.2d) en 2.C.2g) worden vergoed tot beloop van 100,00 EUR per persoon en per jaar.

III. VRIJSTELLING

Er wordt toepassing gemaakt van een vrijstelling van 150,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar indien de verzekerde tijdens zijn ziekenhuisopname voor een eenpersoonskamer kiest binnen de uitgebreide formule.

Binnen de basisformule wordt geen toepassing gemaakt van een vrijstelling.

Er wordt geen vrijstelling in de uitgebreide formule toegepast indien de verzekerde vrijwillig kiest voor een twee- of meerpersoonskamer of indien geen eenpersoonskamer beschikbaar is.

Er wordt geen vrijstelling toegepast in het geval van een ernstige ziekte.

Als een ziekenhuisopname ononderbroken over twee kalenderjaren loopt, wordt de vrijstelling slechts één keer aangerekend.

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

IV. WACHTTIJD

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

A. De hoofdverzekerden, waarvan de premie volledig ten laste is van de aangesloten lokale overheidsdienst

Zij treden toe door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier.

De dekking gaat in op de datum van indiensttreding.

Voor een nieuwe aansluiting geldt de maximumleeftijd van 67 jaar.

Er is geen wachttijd, medische vragenlijst of medisch onderzoek.

Deze regeling geldt zowel voor de hoofdverzekerden in dienst op de aanvangsdatum van deze verzekeringsovereenkomst als voor hun reeds aangesloten gezinsleden (nevenverzekerden).

Dezelfde regeling geldt voor de later in dienst tredende hoofdverzekerden op voorwaarde dat de aanvraag tot aansluiting wordt bevestigd binnen de drie maanden volgende op de datum van indiensttreding. Indien dit niet het geval is, zijn de bepalingen van alinea B hieronder onverminderd van toepassing.

Personen of gezinnen die reeds zouden beschikken over een verzekeringscontract dat voorziet in analoge waarborgen, afgesloten bij een andere verzekeraar, kunnen na afloop van de bestaande polis overschakelen naar deze verzekering, zonder een wachttijd te moeten doorlopen. Het volstaat dat men een verzekeringsattest van de bestaande polis meestuurt met het aansluitingsformulier voor deze verzekering.

B. De hoofdverzekerden, waarvan de premie niet of slechts gedeeltelijk ten laste is van de lokale overheidsdienst en alle nevenverzekerden

Zij treden toe door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier.

De waarborg begint te lopen vanaf de eerste dag van de maand volgend op het overmaken van dit formulier.

Voor een nieuwe aansluiting geldt de maximumleeftijd van 67 jaar.

Er is geen medische vragenlijst of medisch onderzoek.

De algemene wachttermijn is DRIE MAANDEN.

Deze wachttermijn vervalt evenwel:

- a) voor de verzekerden van nieuw toegetreden lokale of provinciale besturen, voor zover zij hun aansluiting bevestigen binnen de drie maanden na de toetreding van het nieuwe bestuur tot onderhavige collectieve verzekering;
- b) voor nieuw in dienst tredende hoofdverzekerden en hun gezin, voor zover de aansluiting plaatsvindt binnen de drie maanden na de gebeurtenis;
- c) in geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) of de samenwonende (vanaf het samenwonen) en bij geboorte voor de pasgeborene van een persoon die reeds verzekerd was, voor zover de aansluiting plaatsvindt binnen de drie maanden volgend op de gebeurtenis.
- d) bij ongeval;
- e) bij volgende acute of besmettelijke ziekten: rodehond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus.
- f) voor de personen die reeds van een verzekering genoten dewelke analoge voordelen waarborgt als onderhavige polis, en voor zover er drie maanden verstrekken zijn sedert de aansluiting bij de vorige verzekering en dat er geen onderbreking van dekking tussen de twee contracten is. Het volstaat dat men een verzekeringsattest van de bestaande polis meestuurt met het aansluitingsformulier voor deze verzekering,

2. De weduwen en weduwnaars

Bij het overlijden van de hoofdverzekerde kan de dekking worden verdergezet voor zijn reeds aangesloten gezinsleden.

Deze voortzetting is zonder onderbreking van de dekking voor zolang de betrokken personen hun schriftelijk verzoek aan de verzekeraar binnen de drie maanden na de eerstvolgende jaarlijkse vervaltermijn indienen.

Wanneer de aanvraag tijdig is gebeurd, kan Ethias de aanvraag tot verderzetting niet weigeren.

3. Keuze en wijziging van formule

De hoofdverzekerde (die het recht op deze verzekering opent) heeft de keuze tussen de basisformule en de uitgebreide formule. De gekozen formule moet dezelfde zijn voor de hoofdverzekerde als voor alle nevenverzekerden van het gezin.

Deze keuze is definitief, niettemin:

- kan de hoofdverzekerde die voor de uitgebreide formule heeft gekozen, overstappen naar de basisformule op de jaarlijkse vervaldag, mits het indienen van een expliciete aanvraag ten minste drie maanden vóór de jaarlijkse vervaldag.

Deze wijziging van formule geldt dan ook zonder uitzondering voor alle verzekerde gezinsleden.

- kan de hoofdverzekerde die voor de basisformule heeft gekozen, overstappen naar de uitgebreide formule, mits het indienen van een expliciete aanvraag ten minste drie maanden vóór de jaarlijkse vervaldag.

Deze wijziging van formule zal echter in werking treden na een wachttijd van drie maanden vanaf de vervaldag, behoudens ongeval.

Deze wijziging van formule geldt dan ook zonder uitzondering voor alle verzekerde gezinsleden.

De hoofdverzekerde van wie de aansluiting in de uitgebreide formule wordt omgezet in de basisformule wegens niet-betaling van de door hem/haar te betalen bijkomende premie, kan achteraf niet meer overschakelen naar de uitgebreide formule.

4. Einde van de individuele aansluiting

Ethias heeft niet het recht om op individuele basis hoofd- of nevenverzekerden uit te sluiten tenzij in de gevallen vermeld in onderhavig artikel.

De hoofdverzekerde:

Aan de individuele dekking van de hoofdverzekerde wordt vanaf de eerstvolgende jaarlijkse vervaldag van deze verzekeringsovereenkomst een einde gesteld door:

- het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op schriftelijk verzoek van de hoofdverzekerde aan de verzekeringsnemer;
- het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringsnemer;
- het overlijden van de hoofdverzekerde;
- bedrog of poging tot bedrog door de hoofdverzekerde;
- schrapping door de opdrachtnemer in geval van het niet vereffenen van de premie.

De verzekeringsnemer verbindt zich ertoe deze wijzigingen over te maken aan Ethias.

De nevenverzekerde:

Aan de individuele dekking van de nevenverzekerde wordt vanaf de eerstvolgende jaarlijkse vervaldag van deze verzekeringsovereenkomst een einde gesteld door:

- het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op schriftelijk verzoek van de nevenverzekerde d.m.v. een aangetekend schrijven aan het betrokken bestuur of instelling of aan de opdracht-nemer tenminste 3 maanden vóór de jaarlijkse vervaldag van de polis;
- het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en verzekeringsnemer, behoudens in geval van overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij pensionering;
- het overlijden van de nevenverzekerde;
- bedrog of poging tot bedrog door de nevenverzekerde;
- opzegging door Ethias ingevolge niet-betaling van de verzekeringspremie.

Daarenboven stopt de aansluiting van de gezinsleden zodra zij niet meer beantwoorden aan de criteria van nevenverzekerden.

In geval van het hierboven vermelde beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/ arbeidsovereenkomst en in geval de gezinsleden niet meer beantwoorden aan de criteria van nevenverzekerde zoals bepaald in de bepaling "Verzekerden" in de speciale voorwaarden, blijft, ongeacht de datum van kennisgeving van de beëindiging, de verzekering steeds lopen en is de premie verschuldigd tot en met 31 december van het lopende verzekeringsjaar, indien de verzekerde dit wenst.

V. BESTAANDE AANDOENINGEN (enkel van toepassing op laattijdige aansluitingen)

Deze bepalingen zijn alleen van toepassing in het geval van laattijdige aansluiting, d.w.z. als de aansluiting meer dan drie maanden na de opening van het recht op aansluiting plaatsvindt.

- a) De in artikel 2 bedoelde tegemoetkomingen worden niet aan de verzekerden verleend indien het bestaan van de aandoening, van de ziekte of van de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling waarvoor om tegemoetkoming wordt verzocht, niet door de verzekerde of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger kan ontkend worden op de datum van aansluiting op deze polis, zelfs indien de eerste symptomen niet toelieten een duidelijke diagnose te stellen.
- b) In afwijking van punt a) hiervoor zijn wel gewaarborgd:
 1. de bestaande aandoening, de ziekte, het ongeval, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling, waarvoor de verzekerde reeds gedekt was in het kader van de vorige gelijkaardige dekking die hij/zij genoot, op voorwaarde dat er geen onderbreking is in de dekking tussen de verzekeringspolissen;
 2. de verergering van de aandoening, de ziekte, de invaliditeit op voorwaarde dat de verzekerde minstens één jaar bij deze polis is aangesloten en tijdens deze periode geen medische behandeling heeft ondergaan die voortvloeit uit de reeds bestaande aandoening, ziekte of invaliditeit.
- c) In afwijking van punt a), is de bestaande aandoening, de ziekte, het ongeval, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling, die zonder onderbreking reeds is gewaarborgd door een formule binnen onderhavige verzekeringsovereenkomst, gewaarborgd voor alle personen wanneer de overstap (zie artikel 3.3 hiervoor) wordt gemaakt naar een andere formule binnen onderhavige verzekeringsovereenkomst.

VI. UITSLUITINGEN

Zijn van de verzekering uitgesloten, de prestaties voortspruitend uit:

- a) Esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheilkunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden wel ten laste genomen.
- b) Ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen:
 - 1) in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij
 - wordt bewezen dat er geen causaal verband is tussen de ziekte of het ongeval en de omstandigheden ervan;
 - de verzekerde het bewijs levert 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 overmatig gebruik van geneesmiddelen tenzij wordt bewezen dat er geen causaal verband tussen beide bestaat.
- c) Sterilisatie en anticonceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen.
- d) Thermale kuren behalve om dringende medische redenen.
- 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) De beroepsmatige uitoefening van eender welke sport.
- 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) Een 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.

VII. 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, tussenkomsten als de ziekte of het ongeval zich in België zou voorgedaan hebben. Er wordt bijgevolg rekening gehouden met een fictieve terugbetaling door de mutualiteit.

Voor kosten in het buitenland wordt er verduidelijkt dat Ethias tussenkomt:

- wanneer de verzekerde zich naar het buitenland begeeft voor geplande medische verzorging waarvoor hij/zij vooraf het akkoord van de mutualiteit heeft gekregen;
- wanneer de verzekerde in het buitenland is en zijn/haar medische toestand dringende en onvoorzien medische zorg vereist;
- wanneer de verzekerde medische verzorging krijgt in het land waar hij/zij tijdelijk verblijft, bijvoorbeeld in zijn hoedanigheid van student die een deel van zijn studie in het buitenland volgt of in zijn hoedanigheid van gepensioneerde die door deze verzekering is gedekt.

b) Terrorism

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.

Schaderegeling

a) Aangifte van een schadegeval

In voorkomend geval moet de verzekerde aan Ethias zo spoedig mogelijk aangifte doen:

- via internet op www.ethiashospit.be;
- in het ziekenhuis aan de terminal van AssurCard (elektronisch derdebetalersysteem);
- of, indien het ziekenhuis waar de verzekerde is opgenomen niet is uitgerust met het elektronisch derdebetalersysteem of het niet is toegestaan, dient bij de aanvang van de ziekenhuisopname het daartoe bestemde formulier volledig ingevuld te worden door de verzekerde en door de behandelende geneesheer.

Bij deze aangifte dient de verzekerde elk document, verklaring of rapport te voegen als bewijs van het bestaan en de ernst van het voorval. Ethias kan voor de uitvoering van haar tussenkomst elk aanvullend stuk eisen dat zij nodig acht.

b) Overmaken van de bewijsstukken inzake de kosten

De verzekerde stuurt Ethias alle originele bewijsstukken (ziekenhuisfactuur, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangstbewijzen van de apotheker, ...). Een kopie is niet voldoende.

Op voorlegging van de documenten, bedoeld onder punt a) en b) hiervoor, betaalt Ethias het bedrag van de kosten vermeld onder punt 1 terug, na aftrek van:

- het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming of van een fictief gelijkwaardig bedrag wanneer de verzekerde om welke reden dan ook, geen afspraak kan maken op een dergelijke tegemoetkoming;
- het bedrag van andere reeds ontvangen terugbetalingen en de vergoedingen gewaarborgd door de eventuele vrije of aanvullende hospitalisatieverzekering van het ziekenfonds waar de verzekerde aangesloten is.

Wanneer het elektronische derdebetalersysteem AssurCard is toegekend zal de ziekenhuisfactuur via elektronische weg rechtstreeks aan Ethias worden overgemaakt.

Het elektronische derdebetalersysteem AssurCard is een voorschotsysteem. Het betekent niet dat die factuur die door Ethias aan het ziekenhuis werd betaald daadwerkelijk ten laste is van Ethias.

Het kan dat bepaalde kosten door deze verzekering niet worden gewaarborgd (zoals bijvoorbeeld in volgende niet-limitatieve opsomming, de telefoniekosten, de huur van een TV, de vrijstelling,...). In voorkomend geval kan Ethias het bedrag van deze niet gewaarborgde kosten rechtstreeks bij de verzekerde verhalen. De verzekerde verbindt zich ertoe de kostennota die Ethias hem ter zake zal overmaken binnen de dertig dagen na ontvangst ervan terug te betalen.

Bij gebrek aan terugbetaling binnen voormelde termijn kan Ethias een invorderingsprocedure tegen de verzekerde opstarten. Dit gebrek aan terugbetaling kan eveneens leiden tot de schrapping van het derdebetalersysteem ten voordele van de verzekerde.

Ethias kan het bedrag van de niet gewaarborgde kosten die zij aan het ziekenhuis heeft betaald eveneens recupereren door het in mindering brengen op elke latere gewaarborgde terugbetaling waarop de verzekerde om eender welke reden nog recht zou hebben.

c) Beëindiging van de uitkeringen

Bij beëindiging van de individuele aansluiting van een verzekerde houden de tegemoetkomingen van Ethias op vanaf de einddatum van de individuele aansluiting.

Bij opzeg van het verzekeringscontract, houden de tegemoetkomingen van Ethias op vanaf de einddatum van het contract.

Premie

Deze verzekering kan afgesloten worden tegen betaling van een netto jaarpromotie (*) per verzekerde persoon vastgesteld als volgt:

- A. Vlaamse overheidsdiensten onderworpen aan de omzendbrief BA 2000/14 inzake het sectoraal akkoord voor het personeel van de lokale besturen en andere lokale overheidsdiensten die de premie van de hoofdverzekerden volledig ten laste nemen**

Premies ten laste van het bestuur	Het bestuur kiest voor de basisformule		Het bestuur kiest voor de uitgebreide formule	
Premies ten laste van de verzekerden	De titularis wenst voor alle aangeslotenen van zijn gezin de basisformule	De titularis wenst voor alle aangeslotenen van zijn gezin de uitgebreide formule	De titularis wenst voor alle aangeslotenen van zijn gezin de basisformule	De titularis wenst voor alle aangeslotenen van zijn gezin de uitgebreide formule
Per hoofdverzekerde tot en met 20 jaar	42,00 EUR		86,00 EUR	
Per hoofdverzekerde vanaf 21 tot en met 49 jaar	84,00 EUR		172,00 EUR	
Per hoofdverzekerde vanaf 50 tot en met 66 jaar	168,00 EUR		344,00 EUR	
Per hoofdverzekerde tot en met 20 jaar	0,00 EUR	44,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
Per hoofdverzekerde vanaf 21 tot en met 49 jaar	0,00 EUR	88,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
Per hoofdverzekerde vanaf 50 tot en met 66 jaar	0,00 EUR	176,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
Per nevenverzekerde tot en met 20 jaar	42,00 EUR	86,00 EUR	42,00 EUR	86,00 EUR
Per nevenverzekerde vanaf 21 tot en met 49 jaar	84,00 EUR	172,00 EUR	84,00 EUR	172,00 EUR
Per nevenverzekerde vanaf 50 tot en met 66 jaar	168,00 EUR	344,00 EUR	168,00 EUR	344,00 EUR
Per nevenverzekerde vanaf 67 jaar	336,00 EUR	688,00 EUR	336,00 EUR	688,00 EUR

B. Andere plaatselijke overheidsdiensten die de premie van de hoofdverzekerden niet of niet volledig ten laste nemen

Categorie verzekerden	Basisformule (*)	Uitgebreide formule (*)
Per hoofd- of nevenverzekerde tot en met 20 jaar	42,00 EUR	86,00 EUR
Per hoofd- of nevenverzekerde vanaf 21 jaar tot en met 49 jaar	84,00 EUR	172,00 EUR
Per hoofd- of nevenverzekerde vanaf 50 jaar tot en met 66 jaar	168,00 EUR	344,00 EUR
Per nevenverzekerde vanaf 67 jaar	336,00 EUR	688,00 EUR

(*) Alle premies zijn exclusief RIZIV-bijdragen (10%) en verzekeringstaks (9,25%) op 01.01.2026.

Bijkomende informatie

Over de verzekering

Ethias, Zetel voor Vlaanderen,
Prins-Bisschopssingel 73
3500 Hasselt

Over aansluiting of facturatie

Tel. 011 28 22 40
contract.hospicollectief@ethias.be

Over schaderegeling

Tel. 011 28 27 60
schadebeheer@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 de verzekерingsnemer en Ethias. In het geval van welke betwisting ook, zullen enkel de voorwaarden van de ondertekende polis geldig zijn.

Bijkomende 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 wachttijd 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 voorafgaan, 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 verzekeraansaansbod 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 verzekerd 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 verzekeraansaansbod te doen. Het lid van het gezin beschikt over een termijn van dertig dagen om het verzekeraansaansbod te aanvaarden.

Algemene verordening gegevensbescherming

Bescherming van de persoonsgegevens

Om de nieuwe GDPR-regelgeving ter bescherming van uw persoonsgegevens toe te passen engageert Ethias zich ten volle tot het respecteren van uw rechten ter zake.

Zo verzamelt Ethias, als verwerkingsverantwoordelijke, uw persoonsgegevens voor de volgende doeleinden: beheer van klantenbestanden, risicobeoordeling, contract- en schadebeheer, promotie- en getrouwheidsacties, tevredenheidsonderzoeken, prospectie en profiling, opstelling van statistieken en actuariële studies, uitoefening van verhaal, klachten- en geschillenbeheer, uitvoering van de geldende wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen en fraudebestrijding.

Ethias verwerkt uw gegevens op basis van de volgende rechtsgronden:

- om te voldoen aan alle wettelijke en bestuursrechtelijke verplichtingen waaraan zij onderworpen is;
- in het kader van de uitvoering van uw overeenkomsten of het nemen van precontractuele maatregelen op uw verzoek;
- voor de behartiging van haar gerechtvaardigde belangen, waaronder in de eerste plaats:
 - de fraudebestrijding;
 - kennis van haar klanten en prospecten, om hen te informeren over haar activiteiten, producten en diensten;
 - de correcte uitvoering van de door haar verzekeren gesloten overeenkomsten;
 - de bescherming van haar eigen belangen en die van haar verzekeren.

In al deze gevallen ziet Ethias erop toe dat er een billijk evenwicht wordt bewaard tussen deze gerechtvaardigde belangen en het respect voor uw privéleven;

- indien van toepassing, wanneer zij uw toestemming heeft verkregen.

Deze gegevens kunnen zo nodig aan de volgende categorieën van ontvangers worden meegedeeld:

- uw adviseurs (advocaten, deskundigen, raadsgeneesheren, ...);
- de medewerkers en adviseurs van Ethias;
- de andere entiteiten van de groep, hun medewerkers en adviseurs;
- de gegevensverwerkers van welke aard dan ook (IT en anderen), en commerciële partners van Ethias;
- alle dienstverleners die betrokken zijn bij de uitvoering van overeenkomsten en de afwikkeling van schadegevallen;
- banken, verzekerings- en herverzekeringsondernemingen, makelaars en regelingskantoren;
- overheidsinstanties en -organen (politie, justitie, sociale zekerheid, ...);
- de toezichthoudende autoriteiten en de Ombudsman van de Verzekeringen.

Ons Privacycharter geeft u meer gedetailleerde informatie over de ontvangers in kwestie.

Ethias bewaart uw persoonsgegevens slechts voor de tijd die nodig is voor de verwerking waarvoor ze werden verzameld.

Dit houdt in dat de verwerkte gegevens worden bewaard gedurende de gehele looptijd van uw verzekeringsovereenkomst(en), van de schadegeval(len), de wettelijke verjaringstermijn en eventuele andere bewaartermijnen die door toepasselijke wet- en regelgeving worden opgelegd. De bewaartermijn varieert naargelang de aard van de gegevens en de regelgeving.

U hebt toegang tot uw persoonsgegevens en kunt deze laten verbeteren door middel van een gedateerd en ondertekend verzoek, vergezeld van een recto-verso kopie van uw identiteitskaart, gericht aan:

Ethias
Data Protection Officer
voie Gisèle Halimi 10
4000 Luik
privacy_request@ethias.be

U kunt zich te allen tijde kosteloos verzetten tegen het gebruik van uw gegevens voor commerciële prospectie en/of direct marketing.

Bovendien biedt de GDPR-verordening u, in bepaalde zeer specifieke gevallen, de mogelijkheid om een beperking van de verwerking te vragen, een kopie van uw gegevens te krijgen (recht op overdraagbaarheid) en te vragen om de gegevens te wissen. Dit recht om gegevens te wissen is echter niet absoluut. Voor meer informatie over de uitoefening van uw rechten verwijzen wij u naar het Privacycharter dat beschikbaar is op de website www.ethias.be. Iedere klacht kan tot slot worden gericht aan:

Gegevensbeschermingsautoriteit
Drukpersstraat 35
1000 Brussel
Tel.: +32 2 274 48 00
www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Verwerking van gegevens die verband houden met de gezondheid en/of andere gevoelige gegevens

Door het onderschrijven van deze polis, geeft u toestemming aan Ethias voor de verwerking van gegevens die verband houden met uw gezondheid en deze van de minderjarige kinderen waarover u het ouderlijk gezag uitoefent, evenals voor de verwerking van de andere gevoelige gegevens bedoeld in artikel 9 GDPR en dit, wanneer zij noodzakelijk zijn voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, voor het beheer ervan, voor het beheer van de schadegevallen waarbij u of uw kinderen zijn betrokken, alsook voor de strijd tegen verzekersfraude. U geeft eveneens uw toestemming voor een eenzijdig medisch onderzoek bij een schadegeval.

Deze gegevens zullen met de grootst mogelijke discretie worden verwerkt en uitsluitend door hiertoe geautoriseerde personen. De verplichtingen van Ethias op dit vlak worden gedetailleerd in de clausule « Bescherming van de persoonsgegevens » die u hierboven kunt lezen.

Deze toestemming kan op elk ogenblik worden ingetrokken maar dit zal op geen enkele manier de reeds uitgevoerde verwerkingen van gegevens kunnen ongeldig maken. Bovendien kan in dit geval Ethias zich in de onmogelijkheid bevinden om een gevolg te geven aan uw vraag om een contract te sluiten of te worden vergoed voor een schadegeval(len).

Voor meer informatie

Ethias

Zetel voor Vlaanderen

Prins-Bisschopssingel 73 – 3500 Hasselt

Tel. 011 28 21 11

info@ethias.be