



EEN WOORDJE UITLEG

BEROEPSGEBONDEN

HOSPITALISATIEVERZEKERING

FOD - BOSA (FORCMS-HOSPI-128)

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

DOEL VAN DE VERZEKERING

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

Deze verzekering heeft bijgevolg als doel personen of gezinnen te beschermen die geconfronteerd worden met belangrijke uitgaven als gevolg van een ziekenhuisopname of een ernstige ziekte.

WIE KAN DEZE VERZEKERING GENIETEN?

Een arbeidscontract als werkstudent of een arbeidscontract naar buitenlands recht (tewerkstelling in het buitenland) opent niet het recht op aansluiting bij deze overeenkomst.

Als hoofdverzekerde

- De statutaire en contractuele personeelsleden (met inbegrip van de stagiairs) die zich aansluiten vóór de leeftijd van 67 jaar :
 - de bij de ondertekenaar gedetacheerde personeelsleden;
 - de statutaire personeelsleden (inclusief stagiairs), contractuele personeelsleden en gedetacheerde personeelsleden waarnaar hierboven wordt verwezen en die in het buitenland werken en verblijven;
 - elke medewerker van een beleidscel/Kabinet of secretariaat in het kader van de beleidsondersteuning voor de federale Regering, bedoeld in de artikelen 2 tot en met 9 van het koninklijk besluit van 19 juli 2001 betreffende de oprichting van beleidsorganen van de federale overheidsdiensten en met betrekking tot het personeel van federale overheidsdiensten dat is aangewezen om deel uit te maken van het kabinet van een lid van een regering of een college van een Gemeenschap of een Gewest, dat een wedde geniet zoals voorzien in artikel 10, § 1, tweede lid van hetzelfde koninklijk besluit;
 - de actieve magistraten kunnen toetreden vóór de leeftijd van 70 jaar;
- de gepensioneerde personeelsleden van de ondertekenaars van het contract FORCMS-AV- 100 op voorwaarde dat ze al aangesloten waren bij dit vorige collectieve contract vóór de leeftijd van 67 jaar (70 jaar voor magistraten);
- alle gepensioneerde personeelsleden die zich aansluiten op de ingangsdatum van onderhavig contract op voorwaarde dat zij voordien en zonder onderbreking, ten opzichte van onderhavig contract, aangesloten waren bij een beroepsgebonden hospitalisatieverzekering, afgesloten op initiatief van de verzekeringnemer van onderhavig contract.

Als nevenverzekerden (gezinsleden)

- De echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner van de hoofdverzekerden en gedomicilieerd bij de hoofdverzekerde, toetreden tot de polis vóór 31 december van het jaar waarin hij/zij de leeftijd van 67 jaar bereikt (de toetreding moet uiterlijk plaatsvinden op 31 december van het jaar waarin hij/zij deze grensleeftijd bereikt).
- De echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner van de aangesloten gepensioneerde personeelsleden gedomicilieerd bij de hoofdverzekerde, op voorwaarde dat hij/zij reeds was toetreden tot het contract vóór 31 december van het jaar waarin hij/zij de leeftijd van 67 jaar bereikt (de toetreding moet uiterlijk plaatsvinden op 31 december van het jaar waarin hij/zij deze grensleeftijd bereikt).
- De echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner van aangesloten gepensioneerde personeelsleden gedomicilieerd bij de hoofdverzekerde, die zich aansluit op de ingangsdatum van onderhavig contract, ongeacht zijn/haar leeftijd, op voorwaarde dat hij/zij voordien en zonder onderbreking ten opzichte van onderhavig contract aangesloten was bij een beroepsgebonden hospitalisatieverzekering, afgesloten op initiatief van de verzekeringnemer van onderhavig contract.
- De ongehuwde kinderen van de personen, vermeld hierboven en in de paragraaf « Hoofdverzekerden », op wie de wetgeving inzake kinderbijslag van toepassing is of die, wanneer ze daar geen recht meer op hebben, fiscaal ten laste blijven van deze personen of gedomicilieerd zijn bij de houder; de kleinkinderen van de bovenvermelde personen die zij ten laste hebben of die, indien ze dat niet meer zijn, gedomicilieerd blijven bij de houder (persoon die het recht op aansluiting opent); de kinderen geplaatst onder wettige voogdij van de bovenvermelde personen.
- De kinderen van gescheiden of uit de echt gescheiden ouders, die ten laste zijn, op voorwaarde dat de hoofdverzekerde alimentatieplichtig is of in geval van co-ouderschap.
- In geval van overlijden van de verzekerde die recht geeft op de aansluiting kunnen de nevenverzekerden, zoals de echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner en zijn/haar kinderen en kleinkinderen ten laste, de waarborgen van het contract blijven genieten zolang de overlevende nevenverzekerde echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner niet hertrouwt of geen daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.

De aansluiting van de nevenverzekerden is alleen mogelijk als de hoofdverzekerde zelf aangesloten is.

KEUZE VAN WAARBORGFORMULE

De hoofdverzekerde (die het recht op de verzekering opent) heeft de keuze tussen twee formules, de basisformule of de uitgebreide formule. **De gekozen formule moet identiek zijn voor hem/haar en voor zijn/haar gezinsleden.**

Bepalingen die van toepassing zijn bij een verzoek tot wijziging van de waarborgformule:

- de verzekerde die heeft gekozen voor de formule « eenpersoonskamer » (uitgebreide formule) kan op de jaarlijkse vervalldag kiezen voor de formule « gemeenschappelijke/tweepersoonskamer » (basisformule) door minstens drie maanden voor de jaarlijkse vervalldag een expliciet verzoek in te dienen. Deze overstap moet worden uitgevoerd voor alle verzekerde gezinsleden, zonder uitzondering;
- de verzekerde die heeft gekozen voor de formule « gemeenschappelijke/tweepersoonskamer » (basisformule) en die wil overstappen naar de formule « eenpersoonskamer » (uitgebreide formule) kan dit alleen doen met toestemming van Ethias. Als Ethias deze wijziging van formule aanvaardt, die van toepassing is op alle verzekerde leden van zijn/haar gezin, zal deze in werking treden op de 1st dag van de 11de maand volgend op de maand waarin het verzoek tot wijziging is ingediend en zullen de bepalingen betreffende de bestaande aandoeningen waarvan sprake in punt 4 hoofdstuk « Draagwijdte van de verzekering » van toepassing zijn.

AANSLUITINGEN

Men kan op de verzekering inschrijven door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier. Nadat het formulier is ingevuld, moet het worden teruggestuurd naar de verzekeringnemer, die het zal overmaken aan Ethias.

De nieuwe aangeslotenen zullen de waarborgen genieten vanaf de data die in de onderstaande tabel vermeld staan:

Hoofdverzekerde	Nevenverzekerde
Personeelslid (hoofdverzekerde) van wie de aansluiting uiterlijk op 31 maart 2024 wordt bevestigd: 1 januari 2024	Nevenverzekerde van wie de aansluiting uiterlijk op 31 maart 2024 wordt bevestigd: 1 januari 2024
Nieuw personeelslid dat zich binnen de 3 maanden na indiensttreding aansluit: eerste dag van de maand volgend op de maand waarin het aanvraagformulier is ontvangen.	Nieuw gezinslid (huwelijk, nieuwe samenwonende partner,...) die aangesloten wordt binnen de drie maanden na de wijziging in de gezinssamenstelling : eerste dag van de maand volgend op de maand waarin het aanvraagformulier is ontvangen. Bij geboorte, aansluiting op de geboortedatum, op voorwaarde dat de aansluiting binnen de drie maanden na de geboorte plaatsvindt.
Overige (laattijdige aansluitingen): eerste dag van de 11e maand volgend op de maand waarin het aanvraagformulier is ontvangen.	Overige (laattijdige aansluitingen): eerste dag van de 11e maand volgend op de maand waarin het aanvraagformulier is ontvangen.

Een verzekeringsjaar begint op 1 januari en eindigt op 31 december van eenzelfde jaar.

WIJZIGINGEN IN DE GEZINSSITUATIE

Als hoofdverzekerde

Aan de individuele aansluiting van de hoofdverzekerde wordt een einde gesteld door:

- het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op schriftelijk verzoek van de hoofdverzekerde aan de verzekeringnemer;
- het beëindigen of verbreken van de arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer; de verzekeringnemer verbindt zich ertoe deze informatie aan Ethias mee te delen;
- het overlijden van de hoofdverzekerde;
- bedrog of een poging tot fraude door de hoofdverzekerde;
- in geval van niet-betaling van de premie.

Als nevenverzekerde

Aan de individuele dekking van de nevenverzekerde wordt een einde gesteld door:

- het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op schriftelijk verzoek van de hoofdverzekerde aan Ethias;
- het beëindigen of verbreken van de arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer, behalve in het geval van overgang van het statuut van hoofdverzekerde naar dat van nevenverzekerde bij pensionering;
- het overlijden van de nevenverzekerde;
- bedrog of een poging tot fraude door de nevenverzekerde;
- het beëindigen van de aansluiting van de nevenverzekerde door Ethias wegens niet-betaling van de verschuldigde premie voor hem/haar;
- in geval van niet-betaling van de premie.

DRAAGWIJDTE VAN DE VERZEKERING

1. BASISFORMULE

A. Bij ziekenhuisopname

Bij ziekenhuisopname als gevolg van 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 verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of in een erkende palliatieve instelling.

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur worden gewaarborgd:
 - a) de verblijfskosten, inclusief de toeslagen aangerekend voor een tweepersoonskamer. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de toeslagen op verblijfskosten bij de keuze voor een eenpersoonskamer om persoonlijke redenen in geen geval worden gewaarborgd in de basisformule;
 - b) de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de ereloonsupplementen die voortvloeien uit een verblijf in een eenpersoonskamer om persoonlijke redenen niet in aanmerking worden genomen in de basisformule;
 - c) de kosten voor paramedische prestaties;
 - d) de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische middelen;
 - e) de kosten voor chirurgie en anesthesie;
 - f) de kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de bevallingskamer;
 - g) de kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en medische prothesen alsmede orthopedische apparaten voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname en in rechtstreeks verband staan met de opname. Prothesen van zuiver esthetische aard worden niet terugbetaald;
 - h) de kosten voor palliatieve zorgen, inclusief de geneesmiddelen;
 - i) 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;
 - j) de kosten van de wiegendoodtest;
 - k) de kosten van plastische herstelgeneeskunde ingevolge een gewaarborgd ziekte of ongeval.
2. Ongeacht zij al dan niet aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming, zijn eveneens gewaarborgd:
 - a) de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal;
 - b) de kosten voor niet-herbruikbare materialen die worden gebruikt tijdens een chirurgische ingreep;
 - c) de kosten voor medicijnen die niet vergoedbaar zijn of die opgenomen zijn onder categorie « D » in de RIZIV-nomenclatuur;
 - d) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en accupunctuur;
 - e) de kosten voor verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is;

- f) de kosten voor:
 - ~ aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis;
 - ~ aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord door medische redenen;
 - ~ het medisch urgentieteam (MUG);
- g) de verblijfskosten van de donor bij donatie van een orgaan of weefsel ten gunste van de verzekerde;
- h) de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een minderjarige verzekerde, verlengde minderjarigheid inbegrepen;
- i) de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden;
- j) de kosten van tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen alsook van orthopedische apparaten, brillen, hoorapparaten, medische prothesen en kunstledematen, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname en rechtstreeks verband houden met de opname. De prothesen van zuiver esthetische aard worden niet terugbetaald.

B. Pre- en posthospitalisatie

Het betreft hier de medische kosten gemaakt gedurende 60 dagen vóór en 180 dagen na de ziekenhuisopname, die rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname.

1. Voor zover zij aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur, zijn tijdens deze periode gewaarborgd:
 - a) de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een arts;
 - b) de kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een arts;
 - c) de kosten van medische remedies voorgeschreven door een arts;
 - d) de kosten van medische prothesen die rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname;
 - e) de kosten van kunstledematen;
 - f) de medische en verzorgingskosten in revalidatiecentra;
 - g) de kosten voor medische verzorging van de donor die rechtstreeks in verband staan met de transplantatie ten behoeve van een gehospitaliseerde verzekerde;
 - h) de kosten van geneesmiddelen.
2. Ongeacht zij al dan niet aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming, zijn eveneens gewaarborgd:
 - a) de kosten voor medicijnen die niet vergoedbaar zijn of die opgenomen zijn onder categorie « D » in de RIZIV-nomenclatuur;
 - 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. Bij « ernstige ziekte »

Bij de volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, systemische sclerodermie, ziekte van Parkinson, difterie, polio(myelitis), cerebro-spinale meningitis, pokken, brucellose, tyfus (buiktyfus, paratyfus, paratyfuskoorts), encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, diabetes, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, malaria, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, progressieve spierdystrofie, colitis ulcerosa, ziekte van Hashimoto, ziekte van Lyme, syndroom van Sjögren en sarcoïdose, waarborgt de verzekering de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

1. Voor zover zij aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming voor de prestaties opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur:
 - a) de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
 - b) de kosten voor paramedische prestaties voorgeschreven door een geneesheer;
 - c) de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken die door de ziekte genoodzaakt zijn;
 - d) de kosten voor het huren van allerlei materiaal (medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts);
 - e) de kosten van medische prothesen die rechtstreeks verband houden met de ziekte;
 - f) de kosten van geneesmiddelen.

2. Ongeacht er een wettelijke tegemoetkoming wordt toegekend, zijn eveneens gewaarborgd:
- a) de kosten voor medicijnen die niet vergoedbaar zijn of die opgenomen zijn onder categorie « D » in de RIZIV-nomenclatuur;
 - b) de kosten voor verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is;
 - c) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en accupunctuur;
 - d) de vervoerskosten;
 - e) alle andere kosten waarmee Ethias vooraf heeft ingestemd;
 - f) de kosten voor pruiken, uitwendige borstprothesen voorgeschreven door een arts.

D. Thuisbevallingen, poliklinische bevalling en kosten na de bevalling

Deze verzekering is ook van toepassing op de medische kosten voor een thuisbevalling, uitgevoerd door een arts of een verloskundige erkend door het RIZIV, en voor een poliklinische bevalling. In dit geval zijn de waarborgen van het hoofdstuk « Pre- en posthospitalisatie » zoals vermeld in het punt B. hierboven eveneens van toepassing, inclusief de medische kosten voor de pasgeborene.

Bovendien breidt de waarborg zich uit tot de kosten na ontslag uit het ziekenhuis/polikliniek bij een bevalling of na de bevalling in geval van thuisbevalling van de moeder, de pasgeborene en het gezin wordt verstrekt door een gekwalificeerde hulp. De waarborg betreffende de in deze paragraaf genoemde kosten wordt alleen verleend als de moeder is aangesloten bij deze verzekeringsovereenkomst.

E. Medische Begeleide Voortplanting (MBV)

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 1.A., 1.B. en 2. van het hoofdstuk « draagwijdte van de verzekering ».

F. Extramurale oogheelkunde

Deze verzekering is ook van toepassing op de medische kosten met betrekking tot de staaroperatie uitgevoerd in het kabinet van een oogarts.

In dit geval zijn de waarborgen van littera B. Pre- en posthospitalisatie hierboven eveneens van toepassing.

Definities

- a) « Ziekenhuis »: een openbare instelling of privé-instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis, met uitsluiting van gesloten psychiatrische instellingen, 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 verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. Dit begrip omvat zowel het verblijf van minstens één nacht als het concept « dagziekenhuis » (one-day-clinic), voor zover de volgende voorwaarden zijn voldaan:
 - er werd effectief gebruikgemaakt van de operatiezaal of van de gipskamer of er is effectief een hospitaalbed gebruikt, met uitsluiting van verblijf in wachtkamers, onderzoekskamers en ruimten voor externe consultatiediensten van het ziekenhuis;
 - het moet gaan om prestaties in het kader van maxiforfait, dagziekenhuisforfait (groepen 1 tot en met 7), forfaits chronische pijn opgenomen in de Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen alsook voor de volgende situaties van daghospitalisatie:
 - elke toestand waarin dringende verzorging noodzakelijk is en die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt;
 - elke toestand waarin, op voorschrift van de behandelende arts, een effectief medisch toezicht wordt uitgeoefend omwille van de toediening van een geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus. De loutere toediening van een oplossing van zouten of suikers als waakinfuus en het spoelen van een poortcatheter valt niet onder deze omschrijving.

Voor het volgen van kuren wordt er enkel een tegemoetkoming toegekend indien de behandeling van curatieve aard is, verstrekt wordt in een instelling die beantwoordt aan de hiervoor bepaalde voorwaarden en indien Ethias er vóór het begin van de behandeling schriftelijk in heeft toegestemd.

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

2. UITGEBREIDE FORMULE

De waarborgen van de uitgebreide formule zijn identiek aan deze van de basisformule uitgebreid met toevoeging van de terugbetaling van de toeslagen aangerekend voor zowel de verblijfskosten als de erelonen of ereloonsupplementen bij een verblijf in een éénpersoonkamer om persoonlijke redenen.

3. OMVANG VAN DE WAARBORG

A. *Uitgebreide formule*: per prestatie toegestaan in de punten 1 en 2 hierboven wordt de waarborg van Ethias toegekend tot beloop van het drievoud van het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming, behoudens specifieke plafond.

Basisformule: per prestatie toegestaan in de punten 1 en 2 hierboven is de waarborg van Ethias onbeperkt toegekend, behoudens specifieke plafond.

B. Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend (punten 1.A.2., 1.B.2. en 1.C.2. hierboven) geldt een tussenkomst die gaat tot € 3.000,00 per verzekerde en per kalenderjaar, met dien verstande dat:

- de terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind waarvan sprake in punt 1.A.2.h) beperkt is tot € 50,00 par nacht;
- de terugbetaling van de vervoerskosten bij ernstige ziekte (punt 1.C.2.d hierboven) beperkt is tot € 300,00 per verzekerde persoon en per kalenderjaar;
- als zij in rechtstreeks verband staan met de in punt 1.C. hierboven vermelde ernstige ziekten, de terugbetaling van kosten van homeopathische, acupunctuur, osteopathische en chiropractische behandelingen is beperkt tot 50% van de kosten die ten laste van de verzekerde blijven, binnen een terugbetalingsplafond van € 1.250,00 per verzekerde en per kalenderjaar;
- de terugbetaling van kosten voor pruiken en borstprothesen (punt 1.C.2.f hierboven) beperkt is tot € 1.000,00 per voorschrift.

C. De terugbetaling van de kosten na de bevalling (punt 1.D. 2e paragraaf hierboven) beperkt is tot € 820,00 en gedurende een maximale periode van twaalf dagen.

D. De terugbetaling van de kosten voor een thuisbevalling of een poliklinische bevalling (punt 1.D. 1e paragraaf hierboven) beperkt is tot € 620,00 per bevalling.

E. In geval van een ziekenhuisopname als gevolg van een psychische, psychiatrische of mentale aandoening is de tegemoetkoming per verzekerde verworven tijdens een, al dan niet onderbroken, periode van 36 maanden, die start op de eerste dag die recht geeft op een wettelijke tegemoetkoming.

F. Wat de extramurale oogheelkunde betreft (punt 1.F. hierboven), betaalt Ethias een maximum bedrag van € 600,00 per ingreep.

G. De vrijstelling is bepaald op € 250,00 per verzekerde en per kalenderjaar.

Deze vrijstelling is enkel van toepassing als de verzekerde om persoonlijke redenen voor een eenpersoonkamer kiest (ongeacht de waarborgsformule).

Er is geen enkele vrijstelling van toepassing bij een ernstige ziekte, zoals bepaald in artikel « Draagwijdte van de verzekering », punt 1.C. hierboven.

Wanneer de vrijstelling van toepassing is voor een ononderbroken ziekenhuisopname gespreid over twee opeenvolgende kalenderjaren, zal Ethias de vrijstelling slechts één keer toepassen.

Wanneer meerdere leden van eenzelfde gezin, verzekerd door dit contract, gelijktijdig gehospitaliseerd zijn als gevolg van een ongeval, zal Ethias de vrijstelling slechts één keer toepassen voor alle gezinsleden samen en niet voor elk gezinslid afzonderlijk.

4. BESTAANDE AANDOENINGEN

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 prestaties voorzien in het artikel « Draagwijdte van de verzekering » worden niet aan de verzekerden verleend als het bestaan van de aandoening, de ziekte, de invaliditeit, de zwangerschap of de bevalling waarvoor een tussenkomst van de verzekering wordt gevraagd, niet door de verzekerde of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger kon worden ontkend op de datum van aansluiting bij deze polis, zelfs indien de eerste symptomen niet toelieten een duidelijke diagnose te stellen.

b) In afwijking van punt a) hiervoor zijn evenwel gewaarborgd:

- a. de aandoening, de ziekte, de invaliditeit 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;
- b. 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.

5. UITSLUITINGEN

Er is geen enkele tussenkomst verschuldigd voor prestaties die voortvloeien uit:

- a) een ongeval of ziekte die niet door een medisch onderzoek kan worden gecontroleerd;
- b) esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheilkunde ingevolge een gewaarborgd ziekte of ongeval worden wel ten laste genomen;
- c) ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen zijn:
 - in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen die zonder medisch voorschrift worden gebruikt, tenzij wordt bewezen dat er geen causaal verband is tussen de ziekte of het ongeval en de omstandigheden ervan of de verzekerde het bewijs levert dat hij/zij drank of verdovende middelen door onwetendheid heeft gebruikt of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 - ten gevolge van alcoholisme, verslaving of overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- d) sterilisatie en contraceptieve behandelingen, tenzij om dwingende medische redenen;
- e) thermale kuren;
- f) de gevolgen van een opzettelijke daad gesteld door de verzekerde, tenzij hij/zij het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of van goederen betreft; een door de verzekerde gepleegde misdaad of misdrijf; een roekeloze daad, weddenschap of uitdaging. Er wordt vermeld dat de prestaties voortvloeiend uit een zelfmoordpoging gedekt blijven.
- g) oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, wegens burgeroorlog of oproer, tenzij de verzekerde er niet actief aan heeft deelgenomen of als hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- h) de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport;
- i) de rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik van radioactieve stoffen voor medische doeleinden;
- j) een ongeval waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten uitvoert in verband met het toestel of de vlucht.

6. TERRITORIALE GRENZEN

Deze verzekering is van toepassing in de hele wereld.

Er zijn echter enkele landen waarmee de Belgische mutualiteiten geen terugbetalingsovereenkomsten gesloten hebben. Als een verzekerde in een van deze landen een ziekte of ongeval krijgt, zal Ethias tussenkomen alsof de ziekte of het ongeval zich in België zou hebben voorgedaan. Er zal bijgevolg rekening worden gehouden met een fictieve terugbetaling gelijk aan die van de mutualiteit (ziekte- en invaliditeitsverzekering - rubriek gezondheidszorg - stelsel van de loontrekkenden).

7. SCHADEGEVALLEN AANGEVEN

a) Aangifte

Bij een ziekenhuisopname moet de verzekerde zo snel mogelijk hiervan aangifte doen bij Ethias:

- hetzij met behulp van zijn/haar AssurCardnummer:
 - via internet op www.ethiashospi.be of op www.assurcard.be;
 - via de AssurCard-automaat voor zover het ziekenhuis hiermee is uitgerust (de lijst van deelnemende ziekenhuizen is beschikbaar op www.assurcard.be/nl/ziekenhuizen) ;
- hetzij schriftelijk door middel van het daartoe bestemde document (document beschikbaar op www.ethias.be of telefonisch op het nummer 011 28 27 60). De verzekerde moet bij deze aangifte alle documenten, medische attesten en verslagen voegen die het bestaan en de ernst van de gebeurtenis kunnen bewijzen.

Het verzoek om tussenkomst bij een ernstige ziekte (opgesomd in punt 1.C. van het hoofdstuk « Draagwijdte van de verzekering » hierboven) waarvoor geen onmiddellijke ziekenhuisopname vereist is, moet zo snel mogelijk schriftelijk worden ingediend door middel van het daartoe bestemde document (beschikbaar op www.ethias.be of telefonisch op het nummer 011 28 27 60). De verzekerde moet bij deze aangifte alle documenten, medische attesten en verslagen voegen die het bestaan en de ernst van de gebeurtenis kunnen bewijzen.

Ethias zal van de verzekerde alle documenten kunnen eisen die zij noodzakelijk acht.

b) Overmaken van de kostenbewijsstukken

De verzekerde stuurt Ethias de bewijsstukken van de kosten:

- de originele ziekenhuisfactuur (als de derdebetalersregeling van AssurCard niet van toepassing is). Dit originele document moet per post naar Ethias worden gestuurd. Als de verzekerde ervoor kiest om de ziekenhuisfactuur digitaal te versturen (per e-mail of via de Klantenzone), moet hij/zij de originele factuur gedurende 36 maanden bijhouden. Ethias kan ze, indien nodig, nog opvragen;
- andere documenten: de terugbetalingsattesten van het ziekenfonds (verschilstaten), farmaceutische attesten BVAC (alleen als de verzekerde zijn AssurPharma-barcode niet heeft gebruikt), enz. kunnen digitaal worden verzonden via de Klantenzone of per post.

Op basis van de documenten bedoeld in de punten a) en b) hierboven vergoedt Ethias het bedrag van de kosten bedoeld in het hoofdstuk « Draagwijdte van de verzekering », onder aftrek van:

- het bedrag van de wettelijke en/of extralegale tegemoetkoming (of van een identiek fictief bedrag in het geval dat de verzekerde, om welke reden dan ook, geen aanspraak kan maken op een dergelijke tegemoetkoming) en/of het bedrag dat eventueel door het ziekenfonds is toegekend in het kader van de aanvullende waarborg;
- het bedrag van de andere reeds ontvangen terugbetalingen;
- het bedrag van de contractuele vrijstelling.

Als er een derdebetalersregeling via AssurCard is toegekend, wordt de ziekenhuisfactuur rechtstreeks via elektronische weg overgemaakt aan Ethias.

Deze elektronische derdebetalersregeling is een systeem van voorschotten. Dit betekent niet dat de factuur die door Ethias aan het ziekenhuis wordt betaald definitief ten laste is van Ethias.

Bepaalde kosten kunnen niet inbegrepen zijn in de verzekeringswaarborg (bijvoorbeeld de kosten voor telefoon, huur van een tv, de vrijstelling ...). Ethias kan het bedrag van de niet-verzekerde kosten rechtstreeks terugvorderen van de verzekerde. De verzekerde verbindt zich ertoe de kostennota die door Ethias wordt meegedeeld binnen de dertig dagen na ontvangst terug te betalen. Bij niet-betaling binnen deze termijn kan Ethias een procedure instellen tegen de verzekerde. Er wordt gepreciseerd dat de niet-naleving van de geldende procedure (waaronder de niet-betaling van de aan Ethias verschuldigde bedragen) kan leiden tot de afschaffing van de toegang tot het AssurCard-derdebetalerssysteem.

Ethias kan ook via compensatie het bedrag recupereren van de kosten die zij aan het ziekenhuis heeft betaald en die niet zijn opgenomen in de verzekeringswaarborg, door deze in mindering te brengen op alle latere vergoedingen die te welken titel ook aan de verzekerde verschuldigd zijn.

c) Stopzetting van de betaling van de vergoedingen

Bij de individuele uittreding van een verzekerde worden de tussenkomsten van Ethias stopgezet op de einddatum van de individuele aansluiting.

Bij opzegging van de verzekeringsovereenkomst, worden de tussenkomsten van Ethias stopgezet vanaf de einddatum van de overeenkomst.

Enkel de kosten die vóór de datum van beëindiging van de aansluiting of vóór de datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst gemaakt zijn, kunnen in aanmerking genomen worden voor de berekening van de contractueel verschuldigde vergoeding.

8. PREMIE 2026

De waarborgen van deze verzekering worden toegekend mits de betaling van een jaarlijkse premie die bepaald wordt op basis van de volgende individuele premies (taksen inbegrepen):

	Basisformule	Uitgebreide formule
Actieve hoofdverzekerde ongeacht leeftijd	€ 60,64	€ 376,92
Niet-actieve hoofdverzekerde en nevenverzekerde tot en met 66 jaar	€ 60,64	€ 376,92
Niet-actieve hoofdverzekerde en nevenverzekerde van 67 tot en met 71 jaar	€ 141,30	€ 895,53
Niet-actieve hoofdverzekerde en nevenverzekerde vanaf 72 jaar	€ 201,94	€ 1.279,87
Kind dat kinderbijslag geniet	€ 16,37	€ 103,77
Kind tot en met 24 jaar dat geen kinderbijslag meer geniet, maar nog op het adres van de hoofdverzekerde gedomicilieerd is	€ 60,64	€ 376,92

PREMIEFACTURATIE

De hoofdverzekerden

De globale premie wordt betaald door de ondertekenaar indien deze laatste haar ten laste neemt. Als de ondertekenaar de premie niet of niet volledig laste neemt, wordt de facturatie door Ethias geheel of gedeeltelijk individueel aangeboden aan de betrokken verzekerden.

De nevenverzekerden

De verzekeraar int de premie rechtstreeks bij de nevenverzekerden voor zover zij zelf voor de volledige premie moeten instaan.

Het deel van de premie dat, in voorkomend geval, door de ondertekenaar ten laste wordt genomen, wordt globaal aan deze laatste gefactureerd.

Op verzoek van een ondertekenaar kan met Ethias worden overeengekomen dat ook de facturatie voor de nevenverzekerden door bemiddeling van de ondertekenaar zal gebeuren.

BIJKOMENDE INLICHTINGEN

Betreffende de verzekering

Ethias, Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73
3500 Hasselt

Inzake aansluiting of facturatie

Tel. 011 28 22 33 (toegankelijk tussen 9u. – 12u. en 14u. – 16u)
bosa@ethias.be

Inzake schaderegeling

Ethias, PB 10037 te 1070 Brussel
Tel. 011 28 27 60
schadebeheer@ethias.be

Deze tekst is louter informatief en tracht enkel een overzicht te geven van de bepalingen die vermeld staan in de collectieve verzekeringsovereenkomst tussen de ondertekenaar en Ethias. Bij geschillen zal Ethias uitsluitend verwijzen naar de voorwaarden van het bijzonder bestek FORCMS-HOSPI-128, de bijlagen ervan en de offerte die Ethias nv hiervoor heeft ingediend en die door de FOD BOSA is goedgekeurd.

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 wachttermijn 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. PREFINANCIERING VAN DE INDIVIDUELE VERDERZETTING

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.

Verzekerden hebben tijdens de periode dat zij bij een collectieve polis zijn aangesloten echter de mogelijkheid om een prefinancieringsplan af te sluiten. Als de verzekerde zo'n plan afsluit, zal zijn leeftijd bij de start van de prefinanciering de basis vormen voor de premiebepaling wanneer de individuele voortzetting aanvangt.

Ethias commercialiseert dit soort producten niet.

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 profilering, 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 verzekerden gesloten overeenkomsten;
 - de bescherming van haar eigen belangen en die van haar verzekerden.

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 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 verzekeringsfraude. 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

Betreffende de verzekering

Ethias, Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73
3500 Hasselt

Inzake aansluiting of facturatie

Tel. 011 28 22 33 (toegankelijk tussen 9u. – 12u. en 14u. – 16u)
bosa@ethias.be

Inzake schaderegeling

Ethias, PB 10037 te 1070 Brussel
Tel. 011 28 27 60
schadebeheer@ethias.be