

EEN WOORDJE UITLEG

COLLECTIEVE VERZEKERING

GEZONDHEIDSZORG

Stad - OCMW Turnhout

Rustoord Sint-Petrus Turnhout (versie 01/01/2012)

The logo for ethias, featuring the word "ethias" in a lowercase, sans-serif font. The letter "h" is stylized with a vertical stroke that has a brush-like, textured appearance, extending above and below the main text.

DOEL VAN DE VERZEKERING

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

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

WIE KAN VAN DE VERZEKERING GENIETEN?

1. De hoofdverzekerden

- a) Statutaire personeelsleden in dienst van de verzekeringsnemer.
- b) Contractuele personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur.
- c) Contractuele personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van bepaalde duur, in dienst van de verzekeringsnemer, die op 01 januari van het verzekeringsjaar een dienstanciënniteit van minstens één jaar hebben.

2. De nevenverzekerden

- a) (Gewezen)-mandatarissen van het stadsbestuur.
- b) Gesubsidieerde personeelsleden van het stedelijk onderwijs.
- c) De contractuele personeelsleden die nog geen jaar dienst hebben op 01 januari van het verzekeringsjaar.
- d) De echtgeno(o)t(e) of levenspartner met hetzelfde domicilieadres van de onder punt 1 en 2 a), b) en c) hiervoor vermelde personen, voor zover de aansluiting op deze polis gebeurt vóór de leeftijd van 65 jaar.
- e) De kinderen van de onder de punten 1 en 2 a), b), c) en d) hiervoor vermelde personen die ingeschreven zijn op het domicilieadres van de hoofdverzekerde.
- f) De onder punt 1 vermelde hoofdverzekerden die op rust- en brugpensioen worden gesteld.
- g) De reeds gepensioneerde personeelsleden voor zover hun aansluiting op deze polis gebeurde aansluitend op hun actieve loopbaan, alsmede hun echtgeno(o)t(e) of levenspartner en hun kinderen die op hun domicilieadres ingeschreven zijn.

KEUZE VAN DE WAARBORGFORMULE

De titularis heeft de keuze tussen twee waarborgformules (zie bepalingen in het hoofdstuk « Draagwijdte van de verzekering hierna »

- **Basisformule**

Deze formule waarborgt GEEN tussenkomst in de supplementen eigen aan een éénpersoonskamer.

- **Uitgebreide formule**

Deze formule voorziet wel in de terugbetaling van de supplementen eigen aan een éénpersoonskamer.

Opgelet

- De waarborgkeuze van de hoofdverzekerde is automatisch dezelfde voor alle aangesloten gezinsleden.
- Wijziging van waarborgformule:
 1. de titularis die voor de uitgebreide formule heeft gekozen kan vanaf de volgende jaarlijkse vervalddag, op eenvoudig schriftelijk verzoek, overstappen naar de basisformule. Deze verandering van waarborgformule geldt zonder uitzondering voor alle verzekerde gezinsleden;
 2. de titularis die voor de basisformule heeft gekozen kan vanaf de volgende jaarlijkse vervalddag, mits schriftelijk verzoek voor 31 december, overstappen naar de uitgebreide formule. Nochtans zullen de meerwaarborgen van de uitgebreide formule vanaf de eerstvolgende vervalddag niet worden toegestaan:
 - gedurende een periode van drie maanden (behoudens in geval van ongeval);
 - voor bestaande aandoeningen zoals bepaald in de eerste alinea van punt 5. van het hoofdstuk « Draagwijdte van de verzekering » hierna;
 3. meer dan twee keer wijzigen van waarborgformule wordt niet aanvaard.

DRAAGWIJDTE VAN DE VERZEKERING

1. TOEPASSINGSGEBIED BASISFORMULE

A. In het geval van een ziekenhuisopname (zie definitie op einde van dit artikel)

- 1) bij ziekenhuisopname, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt Ethias, binnen de grenzen bepaald in het hoofdstuk « omvang van de waarborg » (zie hierna), de verzorgingskosten terug, voor zover deze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV en verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling.

Op basis van voormelde voorwaarden zijn ondermeer gewaarborgd:

- a) de verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een tweepersoonskamer. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat bij een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen, in deze basisformule enkel de officiële ligdagprijs wordt vergoed. De extra verblijfskosten bovenop de officiële ligdagprijs worden niet gewaarborgd;
 - b) de kosten voor medische prestaties, de erelonen en ereloonsupplementen. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de toeslagen op de erelonen of de ereloonsupplementen tengevolge van een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen niet worden gewaarborgd in deze basisformule;
 - c) de kosten voor paramedische prestaties;
 - d) de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
 - e) de chirurgie- en verdovingskosten;
 - f) de kosten voor het gebruik van de operatie- en de bevallingskamer;
 - g) de kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen alsmede orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname en in rechtstreeks verband staan met de opname. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat zo de prothesen een zuiver esthetisch karakter hebben er geen terugbetaling zal gebeuren;
 - h) de 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 wiegendoodtest;
- 2) ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
- a) de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal;
 - b) het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte niet herbruikbaar materiaal;
 - c) de niet-vergoedbare of onder categorie « D » opgenomen geneesmiddelen;
 - d) de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - e) de kosten voor:
 - ~ aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis;
 - ~ aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord door medische reden;
 - ~ het medisch urgentieteam (MUG);
 - f) de verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;
 - g) de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan veertien jaar (rooming-in);
 - h) de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden.

B. Pre- en posthospitalisatie

- 1) het betreft hier de medische kosten gedaan gedurende 60 dagen vóór en 180 dagen na de opname, die rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname en aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.

Zijn in deze periode gewaarborgd:

- a) de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;

- b) de kosten van de paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
 - c) de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer;
 - d) de kosten van de medische protheses die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
 - e) de kosten van de kunstledematen;
- 2) ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
- a) de niet-vergoedbare of onder categorie « D » opgenomen geneesmiddelen;
 - b) de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - c) de kosten van de verbanden en van het medische materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.

C. In het geval van een « ernstige ziekte »

- 1) bij volgende ziekten: malaria, kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, vlektyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jacob en progressieve spierdystrofie wordt de verzekering bovendien uitgebreid tot de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV en die in rechtstreeks verband staan met de ziekte, zoals ondermeer:
- a) de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
 - b) de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
 - c) de kosten voor paramedische prestaties;
 - d) de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
 - e) 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 » opgenomen geneesmiddelen;
 - b) de vervoerskosten;
 - c) de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - d) de farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
 - e) alle andere kosten waarmee Ethias vooraf heeft ingestemd.

D. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kosten na de bevalling

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

Bovendien is de waarborg van deze verzekering, binnen de grenzen voorzien onder punt G. van het hoofdstuk « Omvang van de waarborg » 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 bevoegde kraamverzorger wordt verstrekt.

(*) Definities

- a) « *ziekenhuis* »: een openbare of privé-instelling in binnen- of buitenland die wettelijk erkend is als ziekenhuis, met uitsluiting van gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische diensten of inrichtingen, rusthuizen, geriatrie instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van bejaarden, instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van herstellenden of kinderen, alsmede deze die een bijzondere erkenning als rust-en verzorgingstehuis gekregen hebben.

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

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

- b) « *ziekenhuisopname* »: elk medisch noodzakelijk verblijf van minstens één nacht in een ziekenhuis, of van minder dan één nacht (dagziekenhuis) voor zover er voor de uitgevoerde medische behandeling een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend op basis van een mini-, maxi-, super- of ander hiermee gelijkgesteld forfait.

2. UITGEBREIDE FORMULE

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

3. OMVANG VAN DE WAARBORG

- A. Per prestatie zoals bepaald onder punt I hiervoor waarborgt onderhavige verzekering de terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg, tot het drievoud van de bedragen der wettelijke tegemoetkomingen.
- B. Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend (de punten A.2, B.2 en C.2) geldt:
 - a) een tussenkomst tot 2 500,00 euro per persoon en per kalenderjaar voor het totaal van de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal, het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte niet herbruikbaar materiaal, en de niet-vergoedbare of onder categorie « D » opgenomen geneesmiddelen;
 - b) een tussenkomst van 50 % van de kosten voor homeopathische behandelingen, acupunctuur osteopathie of chiropraxie indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien.
- C. De terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 14 jaar is gewaarborgd tot 25,00 euro per nacht.
- D. De tussenkomst in de verblijfskosten van een donor wordt verleend tot 1 250,00 euro.
- E. De vervoerskosten bij ernstige ziekten (punt C.2.b) worden gewaarborgd tot een globaal plafond van 250,00 euro per persoon en per kalenderjaar.
- F. Voor hospitalisatie ingevolge een psychische, psychiatrische of mentale aandoening, is de tussenkomst per verzekerde verworven gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van twee jaar te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.
- G. De tussenkomst voor kraamhulp wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf dagen aaneensluitend op het ontslag uit het ziekenhuis of de thuisbevalling en tot maximum 500,00 euro.
- H. De vrijstelling is bepaald op 75,00 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

Deze vrijstelling is evenwel slechts van toepassing indien de verzekerde gekozen heeft voor de opname in een éénpersoonskamer.

Er is geen vrijstelling in het geval van een ernstige ziekte, waarvan de lijst opgesomd is onder punt I. C. 1. hiervoor.

Wanneer de vrijstelling van toepassing is op een ononderbroken ziekenhuisopname gespreid over twee opeenvolgende kalenderjaren zal Ethias slechts eenmalig de vrijstelling toepassen.

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

4. WACHTTIJD

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

De algemene wachttijd is DRIE maanden, hij bedraagt NEGEN maanden voor zwangerschap en bevalling.

Deze wachtermijn vervalt echter bij:

- a) voor alle hoofdverzekerden;
- b) alle nieuw in dienst tredende personeelsleden en hun gezin, voor zover de aansluiting plaats vindt binnen de drie maanden na hun indiensttreding;

- c) ongevallen;
- d) bij volgende acute of besmettelijke ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, waterpokken, kinkhoest, bof, acute kinderverlamming, hersenvliesontsteking, bloeddiarree, tyfus en paratyfus, tyfus met huiduitslag, cholera, pokken, malaria, hevig herhaalde koortsaanvallen, encefalitis, miltvuur en tetanus;
- e) in geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) en bij geboorte voor de pasgeborene van een persoon die reeds verzekerd was, voor zover de aansluiting plaats heeft binnen de drie maanden volgend op de gebeurtenis;
- f) voor personen die reeds van een verzekering genoten welke analoge voordelen waarborgt als onderhavige verzekering en voor zover er drie maanden - negen bij zwangerschap - verstreken zijn sedert de ondertekening van de vorige verzekering (zie bepaling hierna).

5. WAT TE DOEN INDIEN MEN REEDS OVER EEN DERGELIJKE VERZEKERING BESCHIKT?

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

Er mag nochtans geen onderbreking zijn in de verzekering.

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

6. BESTAANDE AANDOENINGEN

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

In afwijking in hetgeen voorafgaat zijn evenwel steeds gewaarborgd:

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

7. UITSLUITINGEN

Zijn alleen van de verzekering uitgesloten de prestaties voortvloeiend 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 (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
 1. in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van doping, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 2. ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- c) sterilisatie en anti-conceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen;
- d) medisch begeleide voortplanting en thermale kuren;
- e) oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, 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) de schade voortspruitend uit het gebruik van nucleaire energie welke onder toepassing van de Conventie van Parijs (wet van 22 juli 1985) of alle andere wettelijke bepalingen welke deze wetgeving zouden vervangen, wijzigen of aanvullen;
- i) vrijwillige verminking of poging tot zelfdoding;
- j) een ongeval waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig, of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

8. TERRITORIALE GRENZEN

- a) Territoriale grenzen: er zijn geen territoriale grenzen, deze verzekering is wereldwijd van toepassing. Er zijn echter landen waarmee de Belgische mutualiteiten geen terugbetalingsovereenkomst gesloten hebben. In dat geval zal Ethias, bij een gewaarborgde ziekte of ongeval, overkomen aan een verzekerde in één van deze landen, tussenkomen alsof de ziekte of het ongeval zich in België zou voorgedaan hebben. Er wordt bijgevolg rekening gehouden met een fictieve terugbetaling door de mutualiteit.
- b) Terrorisme: deze polis 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.

9. SCHADEREGELING

Elke opname in een ziekenhuis dient u zo snel mogelijk aan Ethias door te geven:

- via internet op www.ethiashospi.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, dien bij de aanvang van de ziekenhuisopname het daartoe bestemde formulier volledig ingevuld te worden door de verzekerde en door de behandelende geneesheer.

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

Ethias en AssurCard maken u het leven eenvoudiger.

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

De voordelen van het derdebetalersysteem

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

Andere voordelen van AssurCard

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

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

Wanneer en hoe deze AssurCard gebruiken?

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

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

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

Denk eraan! Het elektronisch derdebetalersysteem AssurCard is een voorschotsysteem. Het betekent niet dat de factuur die door Ethias aan het ziekenhuis werd betaald daadwerkelijk ten laste is van Ethias.

Het kan dat bepaalde kosten voor deze verzekering niet worden gewaarborgd (zoals bijvoorbeeld in volgende niet-limitatieve opsomming, de telefoonkosten, 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 te brengen op elke latere gewaarborgde terugbetaling waarop de verzekerde om eender welke reden nog recht zou hebben.

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

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

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

De uitkeringen op basis van deze verzekering kunnen door Ethias slechts verleend worden voor zover zij het recht heeft de gezondheidstoestand van de verzekerde door een door haar erkende arts te laten controleren.

De door de verzekerde gekozen arts, geeft de verzekerde, die erom verzoekt, de geneeskundige verklaringen af die voor het uitvoeren van deze overeenkomst nodig zijn.

10. PREMIE

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

Leeftijd van de verzekerden	Basisformule	Uitgebreide formule
Verzekerde tot en met 20 jaar	44,00 EUR	50,60 EUR
Verzekerde van 21 tot en met 49 jaar	114,40 EUR	143,00 EUR
Verzekerde van 50 tot en met 64 jaar	176,00 EUR	220,00 EUR
Verzekerde van 65 tot en met 69 jaar	334,40 EUR	418,00 EUR
Verzekerde ouder dan 70 jaar	528,00 EUR	660,00 EUR

PREMIEAFREKENING

Het betrokken bestuur neemt vanaf 01 januari 2012 de jaarpremie van de basisformule ten laste voor de actieve personeelsleden.

Ethias staat in voor de rechtstreekse en individuele inning van de bijpremie van de actieve personeelsleden en premie voor de gezinsleden en gepensioneerden.

BIJKOMENDE INLICHTINGEN

Betreffende de verzekering

Ethias, Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73
3500 Hasselt

Inzake aansluiting of facturatie

Tel. 011 28 22 40
Fax 011 85 62 70
contract.hospicollectief@ethias.be

Inzake schaderegeling

Tel. 011 28 27 60
Fax 011 28 26 60
schade.gezondheidszorg@ethias.be

Deze tekst heeft een zuiver informatief karakter en tracht enkel een overzicht te geven van de bepalingen die vermeld staan in de collectieve verzekeringsovereenkomst tussen de collectieve ondertekenaar en Ethias. In dit geval van welke betwisting ook, zullen enkel de voorwaarden van de ondertekende polis geldig zijn, die uiteraard ter inzage ligt bij de collectieve ondertekenaar.

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. BETALING VAN EEN BIJKOMENDE PREMIE

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

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

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

VOOR MEER INFORMATIE

Ethias

Zetel voor Vlaanderen

Prins-Bisschopssingel 73 - 3500 Hasselt

Tel. 011 28 21 11

Fax 011 28 20 20

www.ethias.be

info@ethias.be