

**Hospitalisatieplan voor
niet-actieve personeelsleden:
maak u geen zorgen!**

Inhoud

1. De hoofdlijnen van de hospitalisatieplannen van Proximus voor niet-actieve personeelsleden	3
2. Overzicht van de gedekte prestaties	4
3. Algemeen toekenningschema	5
4. Hoe brengt u Vanbreda op de hoogte van uw hospitalisatie?	6
5. Applicatie Vanbreda voor smartphone	6
6. Doccle: al je berichten van Vanbreda in één digitale mailbox	7
7. Nuttige contactpunten	7
8. Verklaring met betrekking tot respect voor jouw privacy	8
9. Informatie m.b.t. de individuele voortzetting en de voorfinanciering van de individuele voortzetting	8
10. Reglement van het hospitalisatieplan “Zekerheid”	9
11 Reglement van het hospitalisatieplan “Voorzorg+”	37



1. De hoofdlijnen van de hospitalisatieplannen van Proximus voor niet-actieve personeelsleden

<p>Wat voorzien de hospitalisatieverzekeringen?</p>	<p>Proximus biedt haar niet-actieve personeelsleden twee exclusieve hospitalisatieplannen aan voor de dekking van hospitalisaties, ambulante medische kosten opgelopen voor en na de hospitalisatie en de kosten verbonden aan een gedekte ernstige ziekte.</p> <p>Enerzijds is er de formule "Zekerheid" die voor een bescheiden bijdrage essentiële waarborgen biedt op het vlak van gezondheidszorg, en anderzijds is er een aanvullende formule "Voorzorg+" voor het optimaal ten laste nemen van toegepaste ereloonsupplementen voor het verblijf in een eenpersoonskamer.</p>
<p>Voor wie?</p>	<p>Het niet-actieve personeelslid van Proximus nv, en onder bepaalde voorwaarden, zijn kinderen, zijn echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner (feitelijk of wettelijk); zijn weeskinderen en overlevende partner die destijds aangesloten waren bij Ethias, komen ook in aanmerking voor deze nieuwe hospitalisatieplannen.</p> <p>Onder "niet-actief" personeelslid wordt verstaan: de medewerker van Proximus nv in conventioneel verlof vóór pensioen of met pensioen.</p>
<p>Wie betaalt?</p>	<p>Proximus neemt een aanzienlijk deel van de premie voor het hospitalisatieplan "Zekerheid" van het niet-actieve personeelslid voor haar rekening, ongeacht de leeftijd van het personeelslid in kwestie. Het supplement voor de aansluiting bij het hospitalisatieplan "Voorzorg+" wordt niet meegefinancierd door de onderneming.</p> <p>Proximus biedt de kinderen van het niet-actieve personeelslid gratis aansluiting bij het hospitalisatieplan "Zekerheid" en bij het aanvullende plan "Voorzorg+".</p> <p>Zij komt echter niet tussen in de betaling van de verschuldigde premie voor de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner (feitelijk of wettelijk) van een verzekerde niet-actieve medewerker. Deze kan zich op eigen kosten en tegen het collectieve voorkeurtarief verzekeren bij het hospitalisatieplan "Zekerheid" of "Voorzorg+".</p> <p>Bovendien werden diverse sociale correctie maatregelen getroffen ten voordele van minder begunstigde aangeslotenen (zie details in hoofdstuk 6 "Sociale correctie maatregelen" van het reglement van het hospitalisatieplan "Zekerheid").</p>
<p>Wie is de verzekeraar-dienstverlener?</p>	<p>Het reglement van de schadegevallen is toevertrouwd aan Vanbreda Risk & Benefits NV – hierna genoemd "Vanbreda" of "de dienstverlener" of "de verzekeraar-dienstverlener" – welke handelt in samenwerking met de maatschappij risicodragers AXA Belgium NV.</p>
<p>Wat zijn de doelstellingen van de hospitalisatieverzekeringen?</p>	<p>Met de dekking van de hospitalisatiekosten van niet-actieve personeelsleden wil de onderneming haar ex-medewerkers gemoedsrust bieden door hun de beste medische zorg te garanderen en financiële zorgen te besparen wanneer zij in België of met vakantie in het buitenland getroffen worden door een ongeval of een ziekte waarbij een hospitalisatie noodzakelijk is.</p> <p>Hiertoe geeft Proximus al haar niet-actieve personeelsleden zonder onderscheid en op uniforme wijze de mogelijkheid om te kiezen op welk niveau van gezondheidsbescherming zij voor de toekomst wensen in te tekenen.</p> <p>Bovendien krijgen de aangeslotenen toegang tot het derdebetalersysteem, wat inhoudt dat zij hun hospitalisatiekosten niet meer hoeven voor te schieten. Deze worden immers rechtstreeks ten laste genomen door Vanbreda in geval van een gedekte opname in een aangesloten Belgisch ziekenhuis.</p> <p>Vanbreda stelt ten slotte een telefonische hulpdienst ter beschikking via een gratis telefoonnummer, nl. 0800 90 565.</p> <p>Deze dienst zal een antwoord geven op alle vragen in verband met lopende hospitalisaties, te nemen stappen in geval van een hospitalisatie of de waarborgen van de verschillende hospitalisatieplannen.</p>

2. Overzicht van de gedekte prestaties - Tarieven

In geval van een hospitalisatie kies ik om persoonlijke redenen voor:		Plan "Zekerheid": een doorgedreven dekking van belangrijke kosten voor gezondheidszorg.		Plan "Voorzorg+": een optimale dekking van ereloonsupplementen.		
		Een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer	Een eenpersoonskamer	Een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer	Een eenpersoonskamer	
VERBLIJF	Wettelijke forfaits en persoonlijk aandeel in de dagprijs	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Supplementen voor verblijfkosten	Neen, wettelijk verboden	Neen	Neen, wettelijk verboden	Ja	
	Ereloon supplementen van artsen	Neen, wettelijk verboden	Ja, beperkt tot 100% van het RIZIV-tarief	Ja	Ja	
	Supplementen voor geneesmiddelen, para farmaceutische kosten, implantaten, protheses, orthopedische hulpmiddelen en niet-implanteerbaar medisch materiaal die niet gedekt zijn door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Andere toedieningen (bloed, plasma, bloedderivaten, enz)	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Transportkosten	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Kosten gemaakt in het buitenland (met vakantie)	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Ambulante zorgen die beschouwd worden als hospitalisatiekosten, met inbegrip van dagopnames	Ja	Ja	Ja	Ja	
	ERNSTIGE ZIEKTEN EN PALLIATIEVE ZORGEN		Ja	Ja	Ja	Ja
	PRE- en POSTHOSPITALISATIE (90/180 dagen)		Ja	Ja	Ja	Ja
Franchise (per kalenderjaar)		€75,00	€75,00	€75,00	€250,00 ⁽¹⁾	
Franchise dagopname (per kalenderjaar)		€0,00	€0,00	€0,00	€100,00	
Jaarlijks plafond voor hospitalisatiekosten en pre- en posthospitalisatiekosten		Neen, onbeperkt		Neen, onbeperkt		
Jaarlijkse plafonds voor medisch-farmaceutische kosten met betrekking tot ernstige ziekten		€5.000,00		€5.000,00		

⁽¹⁾ De cumul van franchises voorzien in het plan "Voorzorg+" in geval van opname in een eenpersoonskamer is geplafonneerd tot €250,00 per kalenderjaar per aangeslotene.

Maandelijks premie 2021-2022-2023		Plan "Zekerheid"	Aanvullend plan "Voorzorg+"			
Categorie van aangeslotene	Leeftijdscategorie	Premie Zekerheid	Premie Zekerheid	Supplement Voorzorg+	Totale maandelijks premie "Voorzorg+"	
Niet-actieve medewerker	00 - 24	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 0,92	= € 0,92
	25 - 64	€ 1,45	€ 1,45	+	€ 5,39	= € 6,84
	65 - 74	€ 2,27	€ 2,27	+	€ 12,97	= € 15,25
	75 - **	€ 4,14	€ 4,14	+	€ 16,17	= € 20,31
Kind		€ 0,00	€ 0,00	+	€ 0,00	= € 0,00
Begunstigde met gratis aansluiting tot het plan Zekerheid (sociale correctie)	00 - 24	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 0,92	= € 0,92
	25 - 64	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 5,39	= € 5,39
	65 - 74	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 12,97	= € 12,97
	75 - **	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 16,17	= € 16,17
Partner en overlevende partner	00 - 24	€ 2,25	€ 2,25	+	€ 1,00	= € 3,25
	25 - 64	€ 15,73	€ 15,73	+	€ 5,84	= € 21,57
	65 - 74	€ 24,70	€ 24,70	+	€ 14,07	= € 38,77
	75 - **	€ 44,91	€ 44,91	+	€ 17,53	= € 62,44

3. Algemeen toekenningschema

Zie details in hoofdstuk 4 “Verzekerden” van het reglement van het hospitalisatieplan “Zekerheid”.

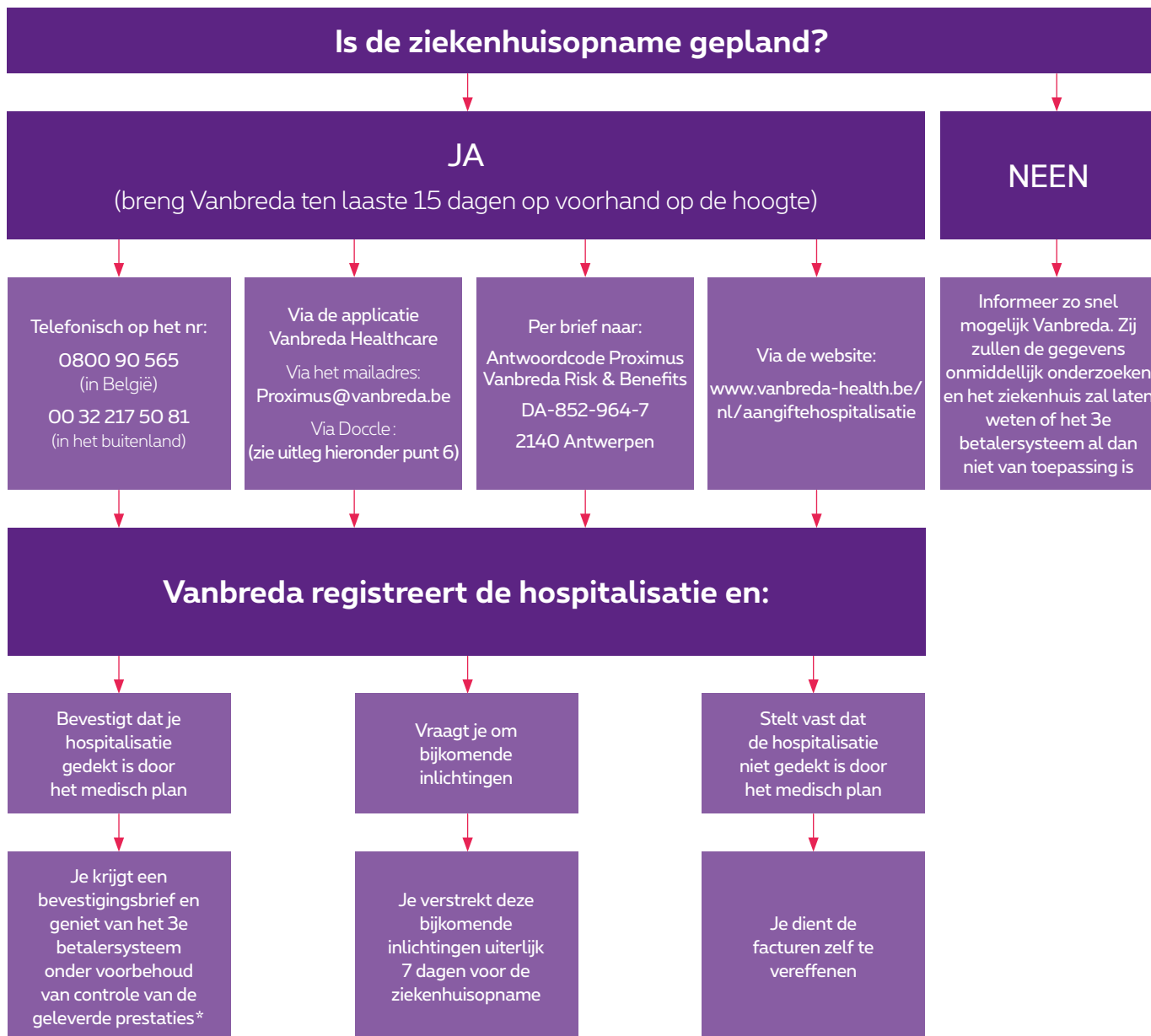
Types van rechthebbenden*		Personen die aanmerking komen om verzekerd te worden volgens de aansluitingsregels vastgelegd in hoofdstuk 4 “Verzekerden” van het reglement van het hospitalisatieplan “Zekerheid”, de sociale correctiemaatregelen vastgelegd in hoofdstuk 6 van ditzelfde reglement niet in acht genomen.			
		Niet-actieve medewerker.	Kinderen.	Mindervalide kinderen.	Echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner.
		Vrijwillige en bijdragende aansluiting.	Gratis aansluiting.	Gratis aansluiting, zonder leeftijdsbeperking.	Vrijwillige en bijdragende aansluiting.
Statutair	Ter beschikking gesteld	X	X	X	X
	Ter beschikking gesteld om medische redenen	X	X	X	X
	Met verlof voorafgaand met pensioen (VPP) in het kader van “het vervroegd vertrekplan 58-60”	X	X	X	X
	Gepensioneerd	X	X	X	X
Contractueel	Brugge- pensioneerd	Met conventioneel prepensioen (cfr. beslissing van Paritair Comité van 19 november 1998)	X	X	X
	Gepensioneerd	Gepensioneerd, in dienst bij Proximus op het moment van zijn toelating tot pensioen.	X	X	X
		Op pensioen gesteld na conventioneel brugpensioen	X	X	X
		** Op pensioen gesteld na hun verlof voorafgaand met pensioen (VPP) in het kader van de “het vervroegd vertrekplan 58-60”	X	X	X

** Medewerker waarvan de administratieve situatie duidelijk is bewezen, ttz, bijvoorbeeld, wanneer een beroepsprocedure is afgesloten of wanneer de inkomensgrenzen uit een combinatie van activiteiten wordt gerespecteerd.

** De contractuele medewerker, effectief gepensioneerd direct na zijn verlof voorafgaand met pensioen (VPP) in het kader van “het vervroegd vertrekplan 58-60”, kan zich aansluiten aan hetzelfde tarief als de echtgenoten/partners en op voorwaarde dat hij aan Vanbreda het attest bezorgt van toekenning van het pensioen (attest bezorgd door de Federale Pensioendienst). Als hij zijn pensionering uitstelt, dan verliest hij definitief het recht op aansluiting tot het hospitalisatieplan voor de niet-actieven.

De hospitalisatieplannen voor niet-actieven zijn ook bedoeld voor de weeskinderen en de gerechtigde overlevende echtgeno(o)t(e) (zie hoofdstuk 4 “Verzekerde” van het reglement plan “Zekerheid”).

4. Hoe breng je Vanbreda op de hoogte van een ziekenhuisopname?



* Je krijgt een bevestigingsmail samen met de Medi-Link identificatie-code (O10-code) en geniet van het derdebetalersysteem onder voorbehoud van controle van de aangerekende prestaties.

5. Applicatie Vanbreda voor smartphone

Surf naar <https://www.vanbreda-health.be/nl/faq/hoe-installeer-ik-de-vanbreda-app/>

Je vindt er hoe je de app kan installeren.

Download de Vanbreda-app vanuit de App Store of Google Play.

Eenvoudig en zeer gemakkelijk te gebruiken:

- Je hebt de medische elektronische kaarten van jou en je gezinsleden altijd en overal bij de hand. Vanbreda verstrekt geen plastic kaarten meer.
- Je doet aangifte van een hospitalisatie in 2 minuten. Handig bij een spoedopname!
- Je stuurt je medische kosten heel eenvoudig door via je gepersonaliseerde profielen. Geen scanner bij de hand? Neem gewoon een foto van je kost en stuur deze in via de app.
- Met de Vanbreda app krijg je automatisch toegang tot de extra service **AssurPharma** voor je farmaceutische kosten rechtstreeks gelinkt aan een hospitalisatie. Je laat simpelweg je barcode scannen bij de apotheker en deze kost wordt automatisch aan Vanbreda bezorgd.



6. Doccle: al je berichten van Vanbreda in één digitale mailbox

Vanbreda heeft een partnership gesloten met het ultrabeveiligde onlineplatform Doccle. Met Doccle ontvang je al je documenten uit je medisch dossier online in plaats van op papier via de post.

Vraag vandaag je tokens aan!

Wil je je documenten van Vanbreda voor jezelf en je gezin voortaan ontvangen en bijhouden in één gecentraliseerde mailbox? Daarvoor heb je twee tokens nodig om via Doccle

connectie te krijgen met Vanbreda. Je kunt die tokens heel eenvoudig aanvragen bij Vanbreda door een e-mail te sturen naar proximus@vanbreda.be en daarbij de onderstaande template te gebruiken:

Geachte heer/mevrouw,
Hierbij vraag ik mijn tokens aan voor mijn Doccle-account:
(schrappen wat niet past)
- voor mij persoonlijk
- voor mij persoonlijk en voor de aangesloten leden van mijn gezin
Met vriendelijk groet,
< NAAM >, < VOORNAAM >, <PER NR.>, < GEBOORTEDATUM >

Het eerste token zal via e-mail worden opgestuurd. Het tweede zul je enkele dagen later ontvangen via de post. Zodra je in het bezit bent van de twee tokens kun je je digitale mailbox van Vanbreda activeren op Doccle.

Nog vragen?

Bel Vanbreda op 0800 90 565, stuur een e-mail naar proximus@vanbreda.be of raadpleeg de website www.vanbreda.be/doccle.

Nog vragen over de website van Doccle of de applicatie?

Gebruik de chatfunctie op Doccle of lees de FAQ op <https://doccle.be/nl/support>.

7. Nuttige contactpunten

De dienstverlener: Vanbreda Risk & Benefits N.V.

Postadres: Antwoordcode Proximus
Vanbreda Risk & Benefits
DA-852-964-7
2140 Antwerpen

Helpdesk (voor alle vragen in verband met uw verzekering, een lopende of geplande hospitalisatie of de behandeling van uw dossier):

0800 90 565 (in België)

00 32 3 217 50 81 (in het buitenland)

E-mailadres: Proximus@vanbreda.be

Web site : www.vanbreda-health.be

Aansluiting (voor alle vragen in verband met uw aansluiting of die van uw familieleden):

Proximus: 0800 91 002

Vanbreda: 0800 90 565 (in België)

8. Verklaring met betrekking tot respect voor jouw privacy

Proximus waakt erover dat de contracten gesloten met de dienstverlener en de verzekeringsmaatschappij voldoen aan alle principes nodig om de bescherming van jouw persoonsgegevens te verzekeren.

Zowel dienstverlener Vanbreda Risk & Benefits als verzekeringsmaatschappij AXA Belgium hechten veel belang aan de bescherming van persoonsgegevens. Zij behandelen de persoonsgegevens van elke verzekerde volledig in lijn met de betrokken regelgeving van kracht.

Meer informatie, in het bijzonder rond de doeleinden van de gegevensverwerking, de bestemmelingen van de gegevens en jouw rechten,

vind je terug op hun website :

- Voor Vanbreda Risk & Benefits op webpagina <https://www.vanbreda-health.be/nl/privacy/>.
- Voor AXA Belgium in het luik “Contacteer ons / De privacy van uw gegevens” van haar website <https://www.axa.be/ab/NL/legal/Pages/privacy-clausule.aspx>.

Als je deze informatie op papier wenst te ontvangen, kan je deze eenvoudig opvragen bij Vanbreda.

9. Informatie over de individuele voortzetting en de voorfinanciering van de individuele voortzetting

Principes

Conform de wet Verwilghen is de werkgever verplicht de medewerkers die zijn verzekerd bij de collectieve hospitalisatieverzekering op de hoogte te brengen van nieuwe bepalingen die hun meer rechten garanderen in geval van individuele voortzetting.

Wanneer u bijvoorbeeld het recht op het hospitalisatieplan voor niet-actieven waarbij u bent verzekerd zou verliezen, zou u van de collectieve dekking van de werkgever kunnen overschakelen op een gelijkaardige individuele verzekering, zonder medische formaliteiten of wachttijd en met blijvende dekking van alle vooraf bestaande aandoeningen.

Ook uw naasten kunnen de verzekering individueel voortzetten indien zij hun recht op de collectieve verzekering zouden verliezen, bijvoorbeeld als de niet-actieve medewerker zou overlijden, in geval van (echt)scheiding of indien een kind 25 jaar wordt, zijn recht op kinderbijslag verliest of de ouderlijke woning verlaat.

Definitie

Behalve in geval van niet-betaling van de premie en 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, zonder dat ogenblik een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een medische vragenlijst te moeten invullen.

Er mag geen nieuwe wachttijd worden opgelegd. Dit recht bestaat zowel voor de hoofdverzekerde, meer bepaald de werknemer, als voor de verzekerde leden van zijn gezin.

Voorwaarden

Het recht op individuele voortzetting is onderworpen aan de voorwaarde dat de verzekerde op ononderbroken wijze aangesloten was bij een hospitalisatieverzekering tijdens de twee jaar voorafgaand aan het verlies van het recht op de collectieve verzekering.

Om van deze mogelijkheid gebruik te maken, moeten bovendien een strikte procedure en termijn, opgelegd door de wet, worden nageleefd. Meer informatie daarover is beschikbaar in hoofdstuk 15 “Individuele voortzetting” van het reglement van het hospitalisatieplan “Zekerheid”.

Betaling van een aanvullende “voorfinancieringspremie”

De premie voor de individuele verzekering, die wordt afgesloten in het kader van de voortzetting van de collectieve verzekering, zal rekening houden met de leeftijd van de verzekerde op het moment dat die het contract individueel voortzet.

De verzekerde kan echter, tijdens de looptijd van de collectieve verzekering, een aanvullende premie storten en op die manier zijn eventuele individuele voortzetting voorfinancieren (deze optie wordt aan de keuze van de verzekerde overgelaten voor het geval hij op een of ander moment de stopzetting van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering overweegt).

In dat geval wordt er bij de berekening van de premie voor de individuele voortgezette verzekering rekening gehouden met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premie is beginnen te betalen.

Wenst u een gepersonaliseerde offerte, zodat u een keuze kunt maken die past bij uw situatie? Surf op www.wachtpolis.be of contacteer uw ziekenfonds.

Tip: vergelijk de waarborgen en tarieven voor u zich ergens toe verbindt!



10. Reglement hospitalisatieplan “Zekerheid”



Inhoud

Hoofdstuk 1

Algemeen	11
----------------	----

Hoofdstuk 2

Definities	11
------------------	----

Ambulante zorgen	11
------------------------	----

Begunstigde	11
-------------------	----

Behandelingen en medische zorgen	11
--	----

Bestaande aandoening	12
----------------------------	----

Dekkingsperiode/verzekeringsjaar	12
--	----

Dienstverlener/Verzekeraar-dienstverlener	12
---	----

Echtgeno(o)t(e)	12
-----------------------	----

Forfait voor palliatieve zorgen	12
---------------------------------------	----

Franchise	12
-----------------	----

Geneesmiddelen	12
----------------------	----

Hospitalisatie	12
----------------------	----

Kosten voor lichaamsverzorging	12
--------------------------------------	----

Leeftijdsgrens	12
----------------------	----

Medische acceptatie	12
---------------------------	----

Mortuariumkosten	13
------------------------	----

Niet-actieve medewerker	13
-------------------------------	----

Ongeval	13
---------------	----

Orthopedische toestellen	13
--------------------------------	----

Palliatieve zorgen	13
--------------------------	----

Pre- en posthospitalisatie	13
----------------------------------	----

Prothese	13
----------------	----

Remgeld	13
---------------	----

Samenwonende partner	13
----------------------------	----

Soortgelijke hospitalisatiedekking	13
--	----

Transportkosten	13
-----------------------	----

Vergoeding	13
------------------	----

Verloskundige zorgen	14
----------------------------	----

Verzekeraar/Verzekeringsmaatschappij/ Risicodrager	14
---	----

Verzekerde	14
------------------	----

Verzekeringnemer	14
------------------------	----

Wachttijd	14
-----------------	----

Ziekenhuis in België	15
----------------------------	----

Ziekte	15
--------------	----

Hoofdstuk 3

Waarborgen	15
------------------	----

Hoofdstuk 4

Verzekerden	19
-------------------	----

Hoofdstuk 5

Aansluiting - uittreding	22
--------------------------------	----

Hoofdstuk 6

Sociale correctiemaatregelen	24
------------------------------------	----

Hoofdstuk 7

Premies	25
---------------	----

Hoofdstuk 8

Uitsluitingen – beperkingen	27
-----------------------------------	----

Hoofdstuk 9

Bedragen van de tussenkomsten	28
-------------------------------------	----

Hoofdstuk 10

Berekeningswijze van de tussenkomst	30
---	----

Hoofdstuk 11

Franchise	30
-----------------	----

Hoofdstuk 12

Aangifte van een schadegeval – Verplichtingen van de verzekerde en van Vanbreda	31
--	----

Hoofdstuk 13

Medische opvolging	33
--------------------------	----

Hoofdstuk 14

Eindleeftijd en einde van de dekking	34
--	----

Hoofdstuk 15

Individuele voortzetting	34
--------------------------------	----

Hoofdstuk 16

Voorfinanciering van de individuele voortzetting	35
--	----

Hoofdstuk 17

Medische geschillen	35
---------------------------	----

Hoofdstuk 18

Verval	35
--------------	----

Hoofdstuk 19

Beroep	36
--------------	----

Hoofdstuk 20

Adres en briefwisseling	36
-------------------------------	----

Hoofdstuk 21

Wijziging van de voorwaarden	36
------------------------------------	----

Hoofdstuk 22

Overgangsfase	36
---------------------	----

Hoofdstuk 23

Vrijwaringsclausule	36
---------------------------	----

Hoofdstuk 1

Algemeen

Hieronder vindt u de basisvoorzieningen die Proximus treft in het kader van de hospitalisatieverzekering voor haar niet-actieve medewerkers.

Het betreft de vernieuwing van het contract met Vanbreda wat betreft de hospitalisatieverzekering voor niet-actieven die startte op 01/01/2012.

Dit reglement met de naam hospitalisatieplan "Zekerheid", of kortweg "Zekerheidsplan", is van toepassing op de verzekerden van Proximus nv en heeft betrekking op de gedekte kosten, opgelopen vanaf 01/01/2021.

De terugbetaling van de medische kosten opgelopen vóór deze datum valt onder het vorige reglement.

De aansluiting bij het Zekerheidsplan is facultatief en betalend voor de niet-actieve medewerker, de samenwonende partner (feitelijk of wettelijk) en rechthebbende overlevende echtgeno(o)t(e). Indien de medewerker intekent op dit plan, zijn de begunstigde kinderen automatisch en gratis aangesloten.

Proximus nv draagt bij voor de aansluiting bij het Zekerheidsplan van haar niet-actieve medewerkers. Hun echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner (feitelijk of wettelijk) en rechthebbende overlevende echtgeno(o)t(e) genieten het collectieve voorkeurtarief en dragen de volledige kost van hun verzekeringspremie.

De regeling van de schadegevallen wordt toevertrouwd aan Vanbreda Risk & Benefits nv, hierna "Vanbreda" of "de dienstverlener" of de "verzekeraar-dienstverlener" genoemd, die optreedt in samenwerking met de maatschappij risicodragers AXA Belgium nv.

De maatschappij Vanbreda is uw enige contactpunt. Vanbreda heeft als belangrijkste taak u te informeren over de hospitalisatieplannen van Proximus voor niet-actieven, uw eventuele hospitalisatie te registreren en u de kosten te vergoeden van de zorgen indien deze zich voordoen.

Hoofdstuk 2

Definities

Voor de toepassing van dit reglement wordt onder de onderstaande termen het volgende verstaan:

AMBULANTE ZORGEN

Medische zorgen verleend buiten de hospitalisatie.

BEGUNSTIGDE

De persoon die de terugbetaling vraagt van de kosten.

BEHANDELINGEN EN MEDISCHE ZORGEN

Het geheel van medische, medisch-technische, therapeutische, verpleegkundige en paramedische middelen,

op voorwaarde dat deze behandelingen voorgeschreven zijn door een arts en gebruikt worden met het doel de gezondheidstoestand van de verzekerde te verbeteren, te stabiliseren of te diagnosticeren.

Worden in aanmerking genomen, de hospitalisaties ten gevolge van:

- een ziekte;
- een ongeval;
- een bevalling;
- een ongeval tijdens onbezoldigde sportbeoefening;
- herstellende plastische chirurgie die medisch noodzakelijk is wegens een verminking door een ongeval of ziekte of wegens een aangeboren afwijking;
- tandbehandelingen die rechtstreeks verband houden met de oorzaak van een ziekenhuisopname wegens een ziekte of ongeval, inclusief een ziekte van de kaak of van de tanden, of in geval van tandextractie onder medisch vereiste algemene verdoving (m.a.w. wanneer de tandextractie, om medische redenen, niet ambulantly kan gebeuren in het kabinet van de tandarts);
- de kosten voor medisch ondersteunde voortplanting (artificiële reproductieve technieken) zijn verzekerd op voorwaarde dat de door het RIZIV opgelegde voorwaarden voor wettelijke tussenkomst vervuld zijn. Wanneer deze voorwaarden niet vervuld zijn en de verzekerde geen effectieve wettelijke tussenkomst krijgt, zijn de kosten niet verzekerd. Het invriezen van zaad- of eicellen is niet verzekerd;
- een medisch verantwoorde abortus;
- preventieve geneeskunde die rechtstreeks verband houdt met de oorzaak van de hospitalisatie;
- contraceptieve behandelingen in de zin van omkeerbare sterilisatie indien de gezondheidstoestand van de verzekerde het medisch vereist;
- geneeskundige of heelkundige contraceptieve behandelingen verricht in het ziekenhuis met als doel de vruchtbaarheid definitief stop te zetten (onomkeerbare sterilisatie);
- behandelingen in een psychiatrische instelling; de terugbetaling is beperkt tot de opgelopen kosten, met een absoluut maximum van 730 dagen, tijdens een al dan niet aaneengesloten periode van twee jaar, te rekenen vanaf het begin van de eerste opname;
- psychotherapeutische en psychosomatische behandelingen waarvoor de adviserende arts van de dienstverlener zijn voorafgaand akkoord heeft gegeven;
- lichaamsverzorging.

Zijn uitgesloten van de dekking:

- preventieve geneeskunde tenzij ze rechtstreeks verband houdt met de oorzaak van de hospitalisatie;
- esthetische behandelingen;
- een ongeval dat of een ziekte die niet kan worden gecontroleerd door een geneeskundig onderzoek, tenzij hun echtheid manifest is en erkend werd door zowel de huisarts van de patiënt als de arts van Vanbreda;

- tandbehandelingen tenzij ze voldoen aan de hiervoor bepaalde voorwaarden;
- contraceptieve behandelingen en gebruikte middelen met als doel een tijdelijke of omkeerbare contraceptie;
- vrijwillige, niet medisch verantwoorde onderbreking van de zwangerschap;
- behandelingen in een kuur-, bad- of gezondheidssoord;
- behandelingen in een psychiatrische instelling waarvan de duur de vastgelegde termijn overschrijdt;
- psychotherapeutische en psychosomatische behandelingen;
- bijstand, oppas en onderhoud;
- niet-medische kosten zoals drank, telefoon, televisie, enz.

BESTAANDE AANDOENING

Invaliditeit, ziekte of aandoening waarvan de verzekerde of zijn wettelijke vertegenwoordiger niet onwetend kan zijn op het ogenblik van de aansluiting, zelfs als op basis van de eerste symptomen geen precieze diagnose kon worden gesteld.

DEKKINGSPERIODE/VERZEKERINGSJAAR

De periode van twaalf maanden, te rekenen vanaf de jaarlijkse vervalddag, wordt vastgelegd op 1 januari. Indien de datum van inwerkingtreding niet op 1 januari valt, wordt het eerste verzekeringsjaar vastgesteld op basis van het aantal resterende maanden tot de jaarlijkse vervalddag. Indien het contract afloopt tussen twee hoofdvervaldagen, bestrijkt het laatste jaar de periode tussen de laatste hoofdvervalddag en de einddatum van het contract.

DIENSTVERLENER/ VERZEKERAAR-DIENSTVERLENER

Vanbreda Risk & Benefits N.V. waarvan de maatschappelijke zetel gevestigd is te Plantin en Moretuslei, 297, B-2140 Antwerpen.

ECHTGENO(O)T(E)

De persoon bedoeld in hoofdstuk 4 met wie de genoemde medewerker getrouwd is op het ogenblik van de inwerkingtreding van de hospitalisatieverzekering of met wie hij huwt tijdens de duur van dit reglement; de echtgenoten mogen noch gescheiden zijn van tafel en bed, noch feitelijk gescheiden zijn, noch in een echtscheiding verwickeld zijn.

FORFAIT VOOR PALLIATIEVE ZORGEN

De forfaitaire tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor palliatieve thuispatiënten zoals voorzien in het KB van 2 december 1999.

FRANCHISE

Deel van de terugbetaalbare kosten (rekening houdend met wat hieromtrent vermeld is in hoofdstuk 11) dat per kalenderjaar ten laste blijft van de verzekerde.

De franchise wordt maar één keer toegepast indien de hospitalisatie zich zonder onderbreking uitstrekt over twee kalenderjaren.

GENEESMIDDELEN

Ieder product dat uitsluitend in de apotheek wordt verkocht, wordt voorgeschreven door een arts of tandarts en als dusdanig geregistreerd is door de federale overheidsdienst volksgezondheid. Homeopathische producten moeten door een erkend arts zijn voorgeschreven en door een in België gevestigde erkende apotheker zijn afgeleverd.

Farmaceutische producten afkomstig uit het buitenland worden alleen terugbetaald als ze voorgeschreven worden door een arts of tandarts, en als ze worden vermeld op de hospitalisatiefactuur (betreft dus niet de ambulante geneeskunde).

HOSPITALISATIE

Het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis van minstens één nacht. Worden eveneens beschouwd als hospitalisatie:

- het verblijf van minder dan dit minimum in het geval van breuk, gebruik van de gipskamer, toegelaten kunstmatige inseminatie, laserchirurgie, keratotomie en intra-oculair implantaat;
- de medische prestaties – waaronder de heelkundige ingrepen van één dag – verstrekt binnen het kader van de “one-day-clinic” voor zover ze recht geven op een tussenkomst in het kader van een van de forfaits voorzien in het nationaal akkoord gesloten tussen de ziekenhuizen en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

KOSTEN VOOR LICHAAMSVERZORGING

De kosten voor lichaamsverzorging verstrekt door een persoon die hiervoor erkend is en waarvoor een verstrekkingsnummer vermeld is in de nomenclatuur van het RIZIV.

LEEFTIJDSGRENS

Voor de aansluiting is er geen leeftijdsgrens.

MEDISCHE ACCEPTATIE

De aansluiting gebeurt zonder medische vragenlijst.

MORTUARIUMKOSTEN

Kosten voor de bewaring van een overledene in het mortuarium van het ziekenhuis.

NIET-ACTIEVE MEDEWERKER

Het personeelslid van Proximus nv zoals gedefinieerd in hoofdstuk 4.

ONGEVAL

Iedere plotselinge en abnormale gebeurtenis veroorzaakt door een uitwendige kracht die een objectief lichamelijk letsel tot rechtstreeks gevolg heeft; het ongeval moet worden vastgesteld door een arts die wettelijk gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat het ongeval zich voordoet.

ORTHOPEDISCHE TOESTELLEN

Toestel of hulpmiddel dat bedoeld is om misvormingen van het lichaam te corrigeren.

De bewezen kosten zijn gedekt op voorwaarde dat ze in rechtstreeks verband staan met de hospitalisatie en werden gemaakt tijdens de hospitalisatie of tijdens de pre- of posthospitalisatieperiode.

Onder de waarborg “ernstige ziekten” worden ze enkel terugbetaald als er een rechtstreeks verband is met de desbetreffende ernstige ziekte.

Komen niet voor terugbetaling in aanmerking: de vervangings-, onderhouds- en herstellingskosten en de wisselstukken.

PALLIATIEVE ZORGEN

De multidisciplinaire hulp en bijstand om tegemoet te komen aan de fysieke, psychische en spirituele noden van terminale patiënten.

PRE- EN POSTHOSPITALISATIE

De periode van 90 dagen vóór en 180 dagen na een gedekte hospitalisatie.

PROTHESE

Materiaal dat in het organisme wordt ingeplant of op een deel van het lichaam wordt aangebracht ten einde een ontbrekend orgaan/lidmaat geheel of gedeeltelijk te vervangen/aan te vullen of een functie die in gevaar is te herstellen.

De bewezen kosten zijn gedekt op voorwaarde dat ze in rechtstreeks verband staan met de hospitalisatie en werden gemaakt tijdens de hospitalisatie of tijdens de pre- of posthospitalisatieperiode.

Onder de waarborg “ernstige ziekten” worden ze enkel terugbetaald als er een rechtstreeks verband is met de desbetreffende ernstige ziekte.

Komen niet voor terugbetaling in aanmerking: de vervangings-, onderhouds- en herstellingskosten en de wisselstukken voor externe prothesen.

REMGELD

Deel van de erelonen ten laste van de patiënt.

SAMENWONENDE PARTNER (FEITELIJK OF WETTELIJK)

De persoon (met uitsluiting van bloedverwanten in rechte lijn) bedoeld in hoofdstuk 4 met wie het voornoemde personeelslid samenwoont of gaat samenwonen vanaf de inwerkingtreding van de hospitalisatieverzekering. Het samenwonen moet aan Proximus worden bewezen met een officieel attest van gezinssamenstelling (wettelijk of feitelijk samenwonend), afgeleverd door het gemeentebestuur van de plaats waar hij zijn hoofdverblijfplaats heeft.

SOORTGELIJKE HOSPITALISATIEDEKKING

Onder soortgelijke hospitalisatie dekking verstaan we alle hospitalisatieverzekeringen die op zijn minst volgende drie waarborgen bieden: dekking in geval van hospitalisatie, dekking van de ambulante zorgen tijdens de periode pre- en posthospitalisatie en dekking van de ambulante medische zorgen bij ernstige ziekten, met:

- * een ten laste neming van de kosten ten gevolge van een wettelijke tussenkomst en dit ten bedrage van minstens dezelfde multiplicator van de wettelijke tussenkomst, die geldt in de waarborgformule waarbij de persoon zich aansluit;
- * een identieke of hogere ten laste neming van de verblijfskosten en medische honoraria in geval van een hospitalisatie in een eenpersoonskamer;

Om een geldige overstap te maken, moet de aanvrager:

- het verzekeringsattest van de vorige verzekeraar aan Vanbreda bezorgen;
- binnen de 60 dagen volgend op de uittreding bij zijn vorige hospitalisatieverzekering, zijn aansluitingsaanvraag doen bij Vanbreda;
- de totale kost van de premie, gelinkt aan zijn leeftijdscategorie en het gekozen plan, via domiciliering betalen aan Vanbreda.

TRANSPORTKOSTEN

De kosten van bij wet erkend ziekenvervoer of taxi (met medisch attest), zonder afstandsbeperking in België, voor het vervoer naar het ziekenhuis en terug, de overbrenging van het ene ziekenhuis naar het andere tijdens de hospitalisatieperiode, inclusief de kosten voor vervoer per helikopter in België.

VERGOEDING

a. Wettelijke vergoeding

1) Werknemers

De wettelijke vergoeding is iedere wettelijke tussenkomst in de medische of andere kosten waarin wordt voorzien door de Belgische sociale wetgeving van toepassing op de werknemers.

Onder Belgische sociale wetgeving van toepassing op

de werknemers bij ziekte of ongeval wordt verstaan, de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

2) Zelfstandigen

Om het bedrag van de wettelijke vergoeding te bepalen wordt de verzekerde beschouwd als aangesloten bij een ziekenfonds.

3) Bepalingen en modaliteiten die van toepassing zijn op beide categorieën

Onder wettelijke tussenkomst wordt verstaan:

- voor kosten gemaakt in België: elke terugbetaling door de Belgische sociale wetgeving, van toepassing op de werknemers;
- voor kosten gemaakt in het buitenland: elke terugbetaling opgenomen in een met het betrokken land afgesloten overeenkomst op het gebied van sociale zekerheid voor de werknemers of, bij ontstentenis daarvan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling waarin wordt voorzien door de Belgische sociale wetgeving van toepassing op de werknemers.

Voor de bepaling van de wettelijke vergoeding wordt ervan uitgegaan dat de verzekerde bijdragen heeft betaald in een van beide stelsels; er wordt ook van uitgegaan dat de wachttijd van toepassing bij het ziekenfonds verstreken is.

b. Andere vergoeding

Iedere vergoeding die voor de medische of andere kosten wordt uitgekeerd door om het even welke andere verzekering.

VERLOSKUNDIGE ZORGEN

De verloskundige zorgen omvatten de medische zorgen die bij of na een thuisbevalling aan de moeder of de zuigeling worden verstrekt door een door het RIZIV erkende zorgverlener of een erkende instelling voor postnatale zorg.

VERZEKERAAR/ VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ/ RISICODRAGER

AXA Belgium, N.V. onderlinge verzekeringsvereniging, toegelaten onder het nr. 0039 - maatschappelijke zetel: Troonplein 1 – B-1000 Brussel.

VERZEKERDE

De persoon op wie het risico op het voorkomen van de gedekte gebeurtenis rust. Het gaat om de personen gedefinieerd in hoofdstuk 4 van dit reglement voor wie Vanbreda een aanvraag tot aansluiting ontvangt, die voldoen aan de aansluitingsvoorwaarden en die aldus de in het reglement vermelde waarborgen genieten.

VERZEKERINGNEMER

Proximus nv, waarvan de maatschappelijke zetel gevestigd is te Koning Albert II-laan, 27, B-1030 Brussel.

WACHTTIJD

De wachttijd is de periode die begint te lopen op het ogenblik van de aansluiting en tijdens welke de dekking niet van toepassing is.

Er is geen wachttijd voor:

- a) De personen die 31/12/2020 aangesloten waren bij de collectieve hospitalisatieverzekering van Proximus (hun aansluiting bij deze dekking gebeurt zonder leeftijdsgrens, zonder medische vragenlijst en zonder uitsluiting wegens al bestaande aandoeningen), zijnde:
 - het niet-actieve personeelslid, begunstigde van de Work-Life-voordelen;
 - zijn kinderen, begunstigten van de Work-Life-voordelen en opgenomen in de personeelsdatabank van Proximus;
 - de inwonende kinderen van zijn echtgeno(o)t(e)/samenwonende partner die zijn opgenomen in de personeelsdatabank van Proximus;
 - de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner (feitelijk of wettelijk) alsook de overlevende partner die op 31/12/2020 aangesloten was bij de collectieve hospitalisatieverzekering van Proximus;
- b) De medewerker, begunstigde van de Work-Life-voordelen, op het moment van de overschakeling naar het hospitalisatieplan voor niet-actieven. De medewerker moet de aanvraag binnen de 60 dagen volgend op de kennisgeving van het recht tot aansluiting indienen. Dit is het enige moment waarop kan worden aangesloten.
- c) De echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner (feitelijk of wettelijk) die begunstigde is van de Work-Life-voordelen op het moment van overschakeling naar het hospitalisatieplan voor niet-actieven. De aanvraag moet binnen de 60 dagen, volgend op de kennisgeving van het recht tot aansluiting, ingediend worden. Dit is het enig moment waarop kan worden aangesloten.

Situatie waarin de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner (feitelijk of wettelijk) zich later kan aansluiten:

- als de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner reeds aangesloten was bij een minstens gelijkwaardige collectieve verzekering, zonder onderbreking tussen het vorige contract en de aansluiting bij de huidige dekking: de aansluiting dient in dit geval te gebeuren binnen 60 dagen na het verlies van het recht op deze collectieve verzekering. Er is geen wachttijd van toepassing, ook niet voor reeds bestaande aandoeningen.
- als de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner reeds aangesloten was bij een minstens gelijkwaardige facultatieve privéverzekering, zonder onderbreking tussen het vorige contract en de aansluiting bij de huidige dekking: de aansluiting dient in dit geval te gebeuren ten laatste binnen 60 dagen na de eerste vervalddag van het privécontract na de opening van het recht op aansluiting bij de huidige dekking.

Als de vorige verzekering echter niet op zijn minst gelijkwaardig is, zullen de kosten voor zorgverstrekking voor bestaande aandoeningen pas na een ononderbroken

aansluitingsperiode van één jaar bij de huidige dekking recht geven op een interventie, dit in toepassing van de huidige dekking.

- d) Het pasgeboren kind, het geadopteerd kind van de medewerker en het inwonend kind van zijn echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner, dat geregistreerd staat in de personeelsdatabank van Proximus.
- e) De nieuwe echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner waarvoor de aanvraag tot aansluiting binnen de 60 dagen vanaf de datum van kennisgeving als rechthebbende en in de vereiste vorm wordt ingediend. Dit is het enige moment waarop kan worden aangesloten.

ZIEKENHUIS IN BELGIË

Een bij wet erkende en in België gevestigde openbare of privé-instelling (zie ook hoofdstuk 3 punt 3.7. betreffende schadegevallen die zich voordoen in het buitenland), die is ingericht om gezondheidszorg te verstrekken en waar op ieder ogenblik gespecialiseerde medische onderzoeken of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en de verloskunde kunnen uitgevoerd worden in een multidisciplinair verband.

Worden als dusdanig beschouwd, de instellingen waarvan het RIZIV-nummer begint met de cijfers 710 (algemeen ziekenhuis), 719 (militair hospitaal) of 720 (psychiatrisch ziekenhuis).

De door de federale overheidsdienst Volksgezondheid erkende sanatoria (o.a. voor de behandeling van tuberculose), de bij wet erkende open psychiatrische instellingen en het Militair Hospitaal Koningin Astrid van Neder-Over-Heembeek worden eveneens beschouwd als ziekenhuisinstellingen.

Worden niet beschouwd als ziekenhuisinstellingen:

- gespecialiseerde ziekenhuizen of afdelingen ervan die erkend werden als rust- en verzorgingstehuis;
- gesloten psychiatrische instellingen, plaatsen van beschut wonen en doorgangtehuizen;
- medisch-pedagogische inrichtingen;
- instellingen uitsluitend bestemd voor de huisvesting van bejaarden, herstellenden (bv.: onderbrenging in de geriatrie) of om kinderen te herbergen;
- instellingen hoofdzakelijk bestemd voor kuurbehandelingen.

ZIEKTE

Iedere aantasting van de gezondheid door een andere oorzaak dan een ongeval, vastgesteld door een arts die wettelijk gemachtigd is zijn praktijk uit oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.

Hoofdstuk 3

Waarborgen

Vanbreda zorgt voor de terugbetaling, volgens de bepalingen in dit reglement, voor alle gevallen van verzekerde

waarborgen met betrekking tot een verzekerde, de verblijfs- en behandelingskosten in een ziekenhuisinstelling en de ambulante medische kosten die:

- van diagnostische, curatieve of palliatieve aard zijn;
- betrekking hebben op noodzakelijke medische zorgen;
- worden verstrekt door een erkende zorgverlener;
- een voldoende bewezen therapeutische efficiëntie hebben;
- worden verstrekt tijdens de duur van het verzekerde geval;
- rechtstreeks verband houden met de oorzaken van de ziekenhuisopname of de ernstige ziekte.

De waarborg is van toepassing op verzekerde gevallen ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling van een verzekerde.

De beperkingen en plafonds van tussenkomst verbonden aan de supplementen die worden gevraagd voor een dagopname worden afgestemd op die van toepassing op een ziekenhuisopname met een verblijf van minstens één nacht.

3.1. De hospitalisatie waarborg omvat:

- de verblijfkosten;
- de verblijfkosten in “one-day-clinic” of dagopname zijn gedekt op voorwaarde dat:
 - * de reden van de hospitalisatie gedekt is door de hospitalisatieverzekering;
 - * het RIZIV een forfait ‘verblijfkosten’ aanrekent; het gebruik van de gipskamer wordt gedekt in geval van ‘one-day-clinic’; de medische consultaties in het ziekenhuis worden beschouwd als ambulante zorgen en worden in ‘one-day-clinic’ niet gedekt.

Opmerking: Informeer u over de mogelijke toepassing van dit forfait bij het ziekenhuis of de betrokken chirurg.

In principe wordt dit forfait “verblijfkosten” over het algemeen gefactureerd voor ingrepen in “one-day-clinic” onder plaatselijke of volledige verdoving.

Opgelet: indien het totaalbedrag van een factuur onder een vooraf bepaald minimum blijft, sturen sommige ziekenhuizen geen factuur op. In dat geval vraagt u de facturatedienst van het ziekenhuis om u een uittreksel van uw factuur te bezorgen ter bevestiging dat er een “one-day-clinic”-forfait gefactureerd werd aan het ziekenfonds.

Voor bepaalde prestaties wordt er geen “one-day-clinic”-forfait gefactureerd. Voorbeelden:

- > voor injecties is de facturatie van een forfait afhankelijk van het gebruik van bepaalde geneesmiddelen;
- > een gewone raadpleging ter plaatse bij een specialist in een ziekenhuisinstelling wordt niet beschouwd als een interventie met “verblijfkosten”;
- > een forfait voor “spoed” wordt niet beschouwd als een forfait “verblijfkosten”.

- de kosten van de medische erelonen;
 - de kosten voor de overnachting in het ziekenhuis van de vader of de moeder of de wettelijke voogd bij de hospitalisatie van een verzekerde die jonger is dan 16 jaar of recht heeft op een tegemoetkoming aan personen met een handicap, op voorwaarde dat hun aanwezigheid aan het ziekbed van het kind volgens de behandelende arts vereist is;
 - de kosten voor het verblijf en de verstrekte zorgen aan de donor (niet-verzekerde) van een orgaan en/of weefsel dat moet worden getransplanteerd bij de verzekerde; bloedverwantschap tussen de donor en de verzekerde is niet vereist;
 - de kosten voor tandimplantaten voor zover ze rechtstreeks verband houden met een hospitalisatie ten gevolge van een ziekte of ongeval;
 - de kosten in verband met het ingeplante materiaal;
 - de kosten in verband met een medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking;
 - de kosten van de medische prestaties (onderzoeken, verzorging, radiografie, labo, medische consultaties, allerlei medische toedieningen zoals plasma, bloed, geneesmiddelen, enz.);
 - de kosten van paramedische prestaties (zoals kinesiotherapie, fysiotherapie, logopedie, zorgen verstrekt door bandagisten indien ze door een dokter werden voorgeschreven);
 - de kosten van farmaceutische producten, verbanden en medisch materiaal;
 - de kosten van medische hulpmiddelen;
 - de kosten van heelkunde en robotchirurgie;
 - de kosten van anesthesie;
 - De kosten voor gebruik van de operatie-, bevallings- of gipskamer;
 - de kosten van medische protheses, hulpmiddelen of orthopedische toestellen;
 - de kosten van bij wet erkend ziekenvervoer of taxi (vervoer per taxi moet worden gerechtvaardigd met een medisch attest), zonder afstandsbeperking in België, voor het vervoer naar het ziekenhuis en terug en voor de overbrenging van het ene ziekenhuis naar het andere tijdens de hospitalisatieperiode;
 - geneeskundige of heelkundige contraceptieve behandelingen verricht in het ziekenhuis met als doel de vruchtbaarheid definitief stop te zetten (onomkeerbare sterilisatie);
 - behandelingen in een psychiatrische instelling; de terugbetaling is beperkt tot de opgelopen kosten, met een absoluut maximum van 730 dagen, tijdens een al dan niet aaneengesloten periode van twee jaar, te rekenen vanaf het begin van de eerste opname;
 - de mortuariumkosten op voorwaarde dat ze op de ziekenhuisfactuur staan;
 - de kosten voor vervoer per helikopter in België naar het ziekenhuis of van het ene ziekenhuis naar het andere;
 - de kosten voor medisch ondersteunde voortplanting (artificiële reproductieve technieken) zijn verzekerd op voorwaarde dat de door het RIZIV opgelegde voorwaarden voor wettelijke tussenkomst vervuld zijn. Wanneer deze voorwaarden niet vervuld zijn en de verzekerde geen effectieve wettelijke tussenkomst krijgt, zijn de kosten niet verzekerd. Het invriezen van zaad- of eicellen is niet verzekerd;
 - de kosten met betrekking tot de heelkunde, met als doel de correctie van de dioptrie, tot een bedrag van maximum 500,00 EUR per aangeslotene per kalenderjaar; de laserchirurgie, keratotomie en intra-oculair implantaat kunnen zowel in een ziekenhuis als in een medisch kabinet worden verstrekt;
 - de kosten voor behandeling van cataract; deze behandeling kan zowel in een ziekenhuis als ambulante in een oogkliniek worden verstrekt, voor zover de oogkliniek is opgenomen in een limitatieve lijst ambulante instellingen; voor de meest actuele informatie met betrekking tot uw oogkliniek kan u terecht bij Vanbreda; in geval van een ambulante cataractbehandeling wordt de terugbetaling van kosten voor de ingreep beperkt tot één maal de wettelijke tussenkomst en wordt een franchise van € 75,00 afgehouden;
 - de thuisbevalling en de verloskundige zorgen (de datum van de bevalling bepaalt de duur van de pre- en posthospitalisatiedekking).
- 3.2. Worden terugbetaald onder de waarborg “Hospitalisatie – verblijfkosten”:**
- alle wettelijke forfaits ten laste van de patiënt, aangerekend bij de hospitalisatie zoals de forfaits “medische beeldvorming”, “medisch toezicht”, “technische verstrekkings”, “klinische biologie”;
 - het volledige persoonlijke aandeel van de patiënt in de verpleegdagprijs [behalve chirurgische daghospitalisatie (\pm 250 tussenkomsten), waarvoor de patiënt geen persoonlijk aandeel moet betalen];
 - alle verblijfkosten die worden gevraagd aan de patiënt opgenomen in “one-day-clinic” of dagkliniek, op voorwaarde dat:
 - > de reden van de hospitalisatie gedekt is door de hospitalisatieverzekering;
 - > het ziekenhuis een forfait “verblijfkosten” aanrekent; de tussenkomst is verworven zodra een RIZIV-forfait wordt toegepast of in geval van gebruik van de gipskamer;
 - alle kosten voor de overnachting in het ziekenhuis van de vader of de moeder of de wettelijke voogd bij de hospitalisatie van een verzekerde die jonger is dan 16 jaar of recht heeft op een tegemoetkoming aan personen met een handicap, op voorwaarde dat hun aanwezigheid aan het ziekbed van het kind volgens de behandelende arts vereist is.
- Geven geen recht op een tussenkomst onder de waarborg “Hospitalisatie - verblijfkosten”:**
- De supplementen voor verblijfkosten toegepast in geval van verblijf in een eenpersoonskamer voor persoonlijk

gemak zowel bij een verblijf van minstens één nacht in het ziekenhuis als in dagkliniek.

3.3. Worden terugbetaald onder de waarborg “Hospitalisatie – erelonen en kosten van de verstrekkingen”:

- al het remgeld dat aan de patiënt wordt gevraagd met betrekking tot de kosten van de erelonen voor geneeskundige verstrekkingen tijdens het ziekenhuisverblijf;
- in geval van verblijf in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer: alle ereloonsupplementen die aan de patiënt worden gevraagd voor de geneeskundige verstrekkingen tijdens het ziekenhuisverblijf.
- in geval van verblijf in een eenpersoonskamer zowel bij een verblijf van minstens één nacht in het ziekenhuis als daghospitalisatie: maximaal 100% van het RIZIV-tarief voor de ereloonsupplementen die aan de patiënt worden gevraagd voor de verstrekkingen tijdens het ziekenhuisverblijf;
- de kosten voor chirurgie (inclusief robotchirurgie);
- de kosten voor anesthesie;
- de kosten voor gebruik van de operatie-, bevallings- of gipskamer;
- geneeskundige en heelkundige contraceptieve behandelingen verricht in het ziekenhuis met als doel de vruchtbaarheid definitief stop te zetten (onomkeerbare sterilisatie);
- de kosten van medische prestaties zoals onderzoeken, verzorging, radiografie, labo, medische consultaties, kinesitherapie, allerlei medische toedieningen zoals plasma, bloed, enz;
- de kosten voor het verblijf en de verstrekte zorgen aan de donor (niet-verzekerde) van een orgaan en/ of weefsel dat moet worden getransplanteerd bij de verzekerde; bloedverwantschap tussen de donor en de verzekerde is niet vereist;
- de kosten in verband met een medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking;
- de kosten voor paramedische prestaties;
- behandelingen in een psychiatrische instelling; de terugbetaling is beperkt tot de opgelopen kosten, met een absoluut maximum van 730 dagen, tijdens een al dan niet aaneengesloten periode van twee jaar, gerekend vanaf het begin van de eerste opname;
- de kosten van lichaamsverzorging verstrekt door een persoon die hiervoor erkend is en waarvoor een verstrekkingsnummer vermeld is in de nomenclatuur van het RIZIV;
- de mortuariumkosten op voorwaarde dat ze op de ziekenhuisfactuur worden vermeld.

3.4. Worden terugbetaald onder de waarborg “Hospitalisatie - geneesmiddelen, medisch materiaal, implantaten, prothesen en orthopedische hulpmiddelen”:

- het volledige remgeld dat aan de patiënt wordt gevraagd met betrekking tot de kosten van de geneesmiddelen die hem worden toegediend tijdens het ziekenhuisverblijf (elke patiënt betaalt een forfaitair bedrag per dag voor terugbetaalbare geneesmiddelen, ongeacht of hij er weinig, veel of helemaal geen neemt; voor niet-terugbetaalbare geneesmiddelen zoals kalmeer- of slaapmiddelen betaalt de patiënt wat hij verbruikt);
- het volledige remgeld dat aan de patiënt wordt gevraagd met betrekking tot implantaten, medische prothesen, orthopedische toestellen of hulpmiddelen, medische hulpmiddelen, endoscopisch of viscerosynthesemateriaal, afleveringsmarge, die rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname;
- alle kosten die niet worden gedekt door het RIZIV of supplementen die aan de patiënt gevraagd worden betreffende farmaceutische en para farmaceutische producten, verbanden, medisch en paramedisch materiaal [producten die om hygiënische redenen niet herbruikbaar zijn (zalf, speciale shampoos, kousen tegen flebitis, enz.)] verstrekt tijdens het ziekenhuisverblijf; alle supplementen die aan de patiënt worden gevraagd betreffende implantaten, medische prothesen, orthopedische toestellen of hulpmiddelen, medische hulpmiddelen, endoscopisch en viscerosynthesemateriaal, afleveringsmarge, die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname.

3.5. Worden terugbetaald onder de waarborg “Ambulante zorgen die worden beschouwd als hospitalisatiekosten”:

- de kosten voor medisch ondersteunde voortplanting (artificiële reproductieve technieken) zijn verzekerd op voorwaarde dat de door het RIZIV opgelegde voorwaarden voor wettelijke tussenkomst vervuld zijn. Wanneer deze voorwaarden niet vervuld zijn en de verzekerde geen effectieve wettelijke tussenkomst krijgt, zijn de kosten niet verzekerd. Het invriezen van zaad-of eicellen is niet verzekerd;
- de thuisbevalling en de verloskundige zorgen, namelijk de medische zorgen die na een thuisbevalling aan de moeder of de zuigeling worden verstrekt door een door het RIZIV erkende zorgverlener of een erkende instelling voor postnatale zorg; de datum van de bevalling bepaalt de duur van de pre- en posthospitalisatie waarborg;
- de kosten met betrekking tot de heilkunde om de dioptrie te corrigeren, tot een bedrag van maximaal € 500,00 per verzekerde en per kalenderjaar; laserchirurgie, keratotomie en intra-oculaire lensimplantatie mogen zowel in een ziekenhuisinstelling als in een medisch kabinet worden verstrekt.
- de kosten voor behandeling van cataract; deze behandeling kan zowel in een ziekenhuis als ambulant in een

oogkliniek worden verstrekt, voor zover de oogkliniek is opgenomen in een limitatieve lijst ambulante instellingen; voor de meest actuele informatie met betrekking tot uw oogkliniek kan u terecht bij Vanbreda; in geval van een ambulante cataractbehandeling wordt de terugbetaling van kosten voor de ingreep beperkt tot één maal de wettelijke tussenkomst en wordt een franchise van € 75,00 afgehouden;

3.6. Worden terugbetaald onder de waarborg “Hospitalisatie - transportkosten”:

- alle kosten van bij wet erkend ziekenvervoer of taxi (vervoer per taxi moet worden gerechtvaardigd met een medisch attest), zonder afstandsbeperking in België, voor het vervoer naar het ziekenhuis en terug en voor de overbrenging van het ene ziekenhuis naar het andere tijdens de hospitalisatieperiode;
- alle kosten voor vervoer per helikopter in België naar het ziekenhuis of van het ene ziekenhuis naar het andere.

3.7. Worden terugbetaald onder de waarborg “Kosten in het buitenland”:

De waarborgen van de onderhavige verzekering zijn ook van toepassing op hospitalisatie en medische kosten opgelopen in het buitenland (wereldwijd) door een verzekerde met woonplaats en hoofdverblijfplaats in België, en dat onder de volgende voorwaarden.

Voor hospitalisatie en behandelingen, inclusief pre- en posthospitalisatie, voorziet het reglement bovenop de vergoedingen van het ziekenfonds in het volgende:

- de terugbetaling van de hospitalisatiekosten tot 200% van het terugbetalingsplafond van het ziekenfonds;
- de terugbetaling van de prestaties vóór en na de hospitalisatie (90 dagen vóór en 180 dagen na het einde van de hospitalisatie) tot 200% van de tussenkomst van het ziekenfonds;
- de terugbetaling (max. € 5000,00 per verzekerde en per kalenderjaar) van de gedekte prestaties van ambulante zorgen bij ernstige ziekte; de maximale terugbetaling is gelijk aan de kosten van een vergelijkbare medische behandeling in België.

Voor de hospitalisatiekosten, de kosten van ernstige ziekten en de gedekte medische kosten waarvoor geen wettelijke vergoeding is voorzien, is de tussenkomst beperkt tot het bedrag dat verhoudingsgewijs zou moeten worden betaald in geval van medische behandeling in België.

Repatriëringkosten komen niet in aanmerking.

Deze waarborgen zijn enkel van toepassing in het buitenland onder de volgende omstandigheden:

- a. Wanneer de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens een verblijf in het buitenland om beroeps- of vakantieredenen onmiddellijke medische prestaties of dringende medische zorgen vereist;
- b. Wanneer de verzekerde, na de voorafgaande toestemming van de adviserende arts van de dienstverlener te hebben ontvangen, een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling dient te ondergaan en voor zover deze medische prestaties ook vergoed

worden in het kader van de verplichte wet op de ziekteverzekering.

- c. Deze waarborgen zijn ook van toepassing op een verzekerd kind, studierend en verblijvend in een land van de Europese Gemeenschap of in een land waarmee het RIZIV een bilateraal akkoord gesloten heeft, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke medische prestaties of dringende gezondheidszorg vereist.

Indien het verzekerde kind elders in het buitenland voortstudeert of verblijft, zijn deze waarborgen enkel van toepassing op de geneeskundige verstrekkingen die het kind ontvangt in België, inclusief de ambulante zorgen die rechtstreeks verband houden met de hospitalisatie of de ernstige ziekte. In het buitenland gelden deze waarborgen enkel wanneer de verzekeraar het nodig acht om daar de nodige controles uit te voeren.

De ereloonnota's opgesteld in vreemde valuta's, worden verrekend volgens de gemiddelde koers van die valuta op de dag van de betaling. Repatriëringkosten komen niet in aanmerking.

3.8. Worden terugbetaald onder de waarborg “Ambulante zorgen vóór en na de hospitalisatie”:

De gedekte zorgen verstrekt 90 dagen vóór en 180 dagen na een gedekte hospitalisatie, namelijk:

- de kosten van de medische erelonen;
- de kosten van allopathische en homeopathische geneesmiddelen;
- de kosten van medische prestaties (technische verstrekkingen) toegediend als gevolg van een bezoek of consultatie;
- de kosten van medische prothesen, orthesen en andere medische hulpmiddelen, aangekocht of gehuurd, voor zover ze door een arts werden voorgeschreven
- tandbehandelingen die rechtstreeks in verband staan met een verzekerde hospitalisatie;
- psychotherapeutische behandelingen in het kader van psychische en psychosomatische aandoeningen, op voorwaarde dat het behandelingsplan vooraf werd goedgekeurd door de adviserende arts van Vanbreda;
- de kosten van homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie;
- paramedische behandelingen, zoals kinesitherapie, fysiotherapie, logopedie, zorgen verstrekt door bandagisten indien deze door een dokter werden voorgeschreven.

De ambulante zorgen die niet onder de waarborg “Pre- en posthospitalisatie” vallen, zijn:

- de transportkosten gemaakt tijdens de periode van pre- en posthospitalisatie.

3.9. Worden terugbetaald onder de waarborg “Ernstige ziekten en palliatieve zorgen”:

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met de behandeling van de volgende ernstige ziekten: kanker, leukemie, ziekte van Hodgkin, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, cerebrospinale meningitis, kinderverlamming, hersenvliesontsteking, tetanus, vlektyfus, tyfuskoorts en paratyfus, cholera, tuberculose, difterie,

ziekte van Crohn, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, virale hepatitis, diabetes, nierdialyse als behandeling, ziekte van Rendu-Ossler, mucoviscidose, amyotrofische laterale sclerose, progressieve musculaire dystrofie, ziekte van Alzheimer, aids, ziekte van Pompe, miltvuur, roodvonk, pokken, fenylketonurie, epilepsie, encefalitis, malaria, myopathie.

Onder de waarborg “Ernstige ziekten” zijn de volgende hartaandoeningen eveneens gedekt:

- > hartinsufficiëntie (classificatie NYHA stadium III – stadium IV);
- > hypertrofie van de hartspier;
- > cor pulmonale;
- > kransslagaderaandoening behandeld met een bypassoperatie;
- > infarct met verminderde werking van de linkerhartkamer (minder dan 40%).

De waarborg “Ernstige ziekten” geldt buiten de pre- en posthospitalisatieperiode en dekt:

- de kosten van ambulante medische zorgen, geneesmiddelen en lichaamsverzorging;
- de kosten van transport van en naar een ziekenhuis of instelling, zonder afstandsbeperking in België, met bij wet erkend ziekenvervoer; transport met een taxi moet echter met een medisch attest gerechtvaardigd worden;
- de kosten van prothesen en orthopedische apparatuur;
- de palliatieve zorgen die verstrekt worden in een erkende palliatieve ziekenhuisdienst;
- de palliatieve zorgen die thuis verstrekt worden of in een intramurale dienst erkend als houder van het palliatieve zorgforfait; het verzekerde bedrag kan worden gebruikt voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen;
- de kosten met betrekking tot de behandeling van diabetes, voor 100% in geval van hospitalisatie en voor 50% zonder hospitalisatie, voor medicatie die niet door een arts werd voorgeschreven, op voorwaarde dat de patiënt bewijst dat hij geen programma volgt voor revalidatie betreffende zelfregulatie van diabetes-mellitus, beter bekend onder de naam “diabetesovereenkomst”.

De maximale tussenkomst onder de waarborg “Ernstige ziekten en palliatieve zorgen” is vastgesteld op € 5000,00 per verzekerde en per kalenderjaar.

Voor de dekking “Ernstige ziekten” is er geen franchise voor onkosten buiten de context van een hospitalisatie of buiten de pre- en posthospitalisatieperiode.

De tussenkomst is gerechtigd indien:

- de ziekte door een specialist als “ernstig” erkend wordt;
- de kosten in rechtstreeks verband staan met de gedekte ernstige ziekte;
- de behandeling door een arts voorgeschreven wordt en door een erkende zorgverlener uitgevoerd wordt ongeacht de gedekte geneeskundige verstrekkingen

opgenomen zijn in de nomenclatuur betreffende de verplichte verzekering voor ziekte en invaliditeit

De diagnose van de ernstige ziekte zal door een arts moeten worden bevestigd door middel van een gedetailleerd klinisch onderzoek.

Geven geen recht op een tussenkomst in het kader van de waarborg “Ernstige ziekten”:

- bij de kosten die niet rechtstreeks in verband staan met de ernstige ziekte;
- bij de kosten van het vervoer van en naar een instelling, niet erkend als ziekenhuis;
- de verblijfkosten in een dergelijke instelling;
- bij de behandelingen die niet door een erkende zorgverlener uitgevoerd worden of de behandelingen die niet door een arts voorgeschreven worden.

Hoofdstuk 4

Verzekerden

Worden als dusdanig beschouwd, de personen die voldoen aan de hieronder opgesomde aansluitingsvoorwaarden:

I. DE NIET-ACTIEVE MEDEWERKERS, NAMELIJK:

1. De statutaire personeelsleden in:
 - terbeschikkingstelling, volgens de Collectieve overeenkomst met betrekking tot de gevolgen van de reconversie, (goedgekeurd in het Paritair Comité op 22/03/2007 en 28/11/2008);
 - terbeschikkingstelling wegens medische redenen, volgens de Collectieve overeenkomst met betrekking tot de gevolgen van de reconversie ten gevolge van definitieve medische ongeschiktheid, (goedgekeurd in het Paritair Comité 28/11/2008);
 - met verlof voorafgaand met pensioen (VPP) in het kader van de “Collectieve overeenkomst aangaande het vervroegd vertrekplan 60)” of de “Collectieve overeenkomst tot vaststelling van specifieke bepalingen voor de personeelsleden in reconversie die minstens 58 jaar oud zijn”, goed gekeurd in het Paritair Comité van 27/04/2016
2. De ex-statutaire personeelsleden die een rustpensioen genieten en die op het moment van hun toelating tot het rustpensioen in dienst waren van de Regie T.T., Belgacom NV of Proximus NV, of genoten van een vrijwillige actieve beschikbaarheid, een beschikbaarheid voor einde loopbaanplanning, een terbeschikkingstelling of een terbeschikkingstelling wegens medische redenen of van een verlof voorafgaand met pensioen (VPP);
3. De ex-contractuele personeelsleden die een rustpensioen genieten en die op het moment van hun toelating tot het rustpensioen in dienst waren bij:
 - de Regie T.T., Belgacom NV of Proximus NV;
 - de Proximus groep als het gaat over contractuele personeelsleden van de filialen die binnen

Proximus NV geïntegreerd werden op 01/10/2008 en 01/01/2011;

4. De ex-contractuele personeelsleden die op brugpensioen zijn gesteld (mits ze een werkloosheidsuitkering genieten) of gepensioneerd worden aan het eind van hun brugpensioen, in toepassing van de Collectieve Overeenkomst met betrekking tot een stelsel van conventioneel brugpensioen voor de contractuele personeelsleden van Proximus en met het oog op de toepassing van het Koninklijk Besluit van 7 december 1992 betreffende de toekenning van werkloosheidsuitkeringen in geval van conventioneel brugpensioen, goedgekeurd in het Paritair Comité van 19 november 1998;
5. De ex-contractuele personeelsleden die hebben genoten van een verlov voorafgaand met pensioen (VPP) in het kader van de “Collectieve overeenkomst aangaande het vervroegd vertrekplan 60)” of de “Collectieve overeenkomst tot vaststelling van specifieke bepalingen voor de personeelsleden in reconversie die minstens 58 jaar oud zijn”, goed gekeurd in het Paritair Comité van 27/04/2016, op de vroegst mogelijke datum van pensioen; ze kunnen zich aansluiten aan hetzelfde tarief als de echtgenoten/partners en op voorwaarde dat ze aan Vanbreda het attest van toekenning van het pensioen (attest bezorgd door de Federale Pensioendienst) bezorgen. Als ze hun pensionering uitstellen, dan verliezen ze definitief het recht op aansluiting tot het hospitalisatieplan voor de niet-actieven.
6. De niet-actieve medewerker van Proximus nv, eerder verzekerd bij een minstens soortgelijke collectieve hospitalisatieverzekering via de huwelijkspartner of samenwonende partner, heeft het recht om via “mutatie” toe te treden tot de collectieve hospitalisatieverzekering van Proximus op voorwaarde dat hij:
 - het recht op die minstens soortgelijke collectieve hospitalisatieverzekering verliest;
 - aan Vanbreda een attest van de vorige verzekering bezorgt, afgeleverd door de vorige verzekeraar;
 - de aanvraag tot aansluiting, binnen de 60 dagen volgend op de uittreding uit de vorige hospitalisatieverzekering, op correcte wijze bij Vanbreda indient;
 - via domiciliering aan Vanbreda de totale kost van de premie van toepassing voor zijn leeftijdscategorie en gekozen plan betaalt.

II. DE KINDEREN VAN DE NIET-ACTIEVE MEDEWERKERS, MET ANDERE WOORDEN:

1. Het kind van de hierboven onder punt I bedoelde medewerker, geregistreerd in de personeelsdatabank van Proximus; Onder “kind” wordt verstaan:
 - het kind, jonger dan 25 jaar, dat kinderbijslag geniet en van wie de verwantschap met het personeelslid of de adoptie door dit laatste vaststaat;
 - het kind, jonger dan 25 jaar, dat kinderbijslag geniet en bij het personeelslid geplaatst werd door tussenkomst van een openbare instantie;

- het kind, jonger dan 25, jaar van de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner van het personeelslid dat kinderbijslag geniet en dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als deze laatste. (dit geldt ook voor co-ouderschap – zie KB van 26 december 2015);

Voor kinderen ouder dan 18 jaar moet de medewerker jaarlijks uit eigen beweging een attest van kinderbijslag bezorgen; dat moet uiterlijk vóór 15 oktober van elk jaar bij Proximus worden ingediend; zo niet wordt het kind als aangeslotene geschrapt.

2. Het mindervalide kind van de hierboven onder punt I bedoelde medewerker, geregistreerd in de personeelsdatabank van Proximus.

Onder het “mindervalide kind” wordt verstaan:

- het samenwonend kind van het gezin van de onder I bedoelde medewerker, met een erkende handicap van 66% of meer in toepassing van het Koninklijk Besluit van 3 mei 1991, zonder leeftijdsbeperking;
- het samenwonend kind van het gezin van de onder I bedoelde medewerker, dat minstens zes punten in de drie eerste pijlers of minstens vier punten in de eerste pijler van de medisch-sociale schaal behaalt, in overeenstemming met het KB van 28 maart 2003 (gewijzigd door het KB van 12 februari 2009), zonder leeftijdsbeperking.

3. Het kind dat als wees is opgenomen in de personeelsdatabank van Proximus en op 31/12/2020 verzekerd is bij hospitalisatieverzekering nr. 08352973, beheerd door Vanbreda.

Onder “wees” wordt verstaan:

- het kind dat verhoogde kinderbijslag geniet en zijn vader en moeder of een van de ouders, een hierboven onder punt I. bedoeld personeelslid, heeft verloren;

III. DE ECHTGENO(O)T(E) OF SAMENWONENDE PARTNER VAN EEN NIET-ACTIEVE MEDEWERKER BEDOELD ONDER PUNT I (DE NIET-ACTIEVE MEDEWERKER EN ZIJN ECHTGENO(O)T(E) OF SAMENWONENDE PARTNER MOETEN ZICH INSCHRIJVEN OP HETZELFDE PLAN). DE BETREFFENDE PREMIE IN OVEREENSTEMMING MET ZIJN/HAAR LEEFTIJDSCATEGORIE EN AAN COLLECTIEF TARIEF, WORDT DOOR DE VERZEKERDE AAN VANBRED A BETAALD PER DOMICILIËRING

Onder “echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner” wordt verstaan:

1. De echtgeno(o)t(e) of de samenwonende partner vrijwillig en met bijdrage op 31/12/2020 verzekerd bij de collectieve hospitalisatieverzekering Proximus-Vanbreda (08352950 en 083529514)
2. De echtgeno(o)t(e) of de samenwonende partner vrijwillig en op 31/12/2020 gratis verzekerd bij de

collectieve hospitalisatieverzekering Proximus-Vanbreda (N°08352950 of N°083529514)); in dit geval, is de betaling via domiciliering van de premie aan het collectief tarief in overeenstemming met zijn of haar leeftijdscategorie, enkel van toepassing wanneer de verzekerde ingetekend heeft op het plan Voorzorg +. (Het plan Zekerheid is voor hem /haar kosteloos – zie hoofdstuk 6)

3. De echtgeno(o)t(e) of de samenwonende partner van een personeelslid van Proximus N.V. , bedoeld onder I. 1., 2., 3., 4., 5. en 6. die “niet- actief” is geworden vanaf 01/01/2021 op basis van een vrijwillige en betalende aansluiting, op voorwaarde dat zijn of haar aanvraag tot aansluiting binnen zestig dagen volgend op de opening van het recht op aansluiting wordt ingediend.
4. De nieuwe echtgeno(o)t(e) of de nieuwe samenwonende partner van een personeelslid van Proximus N.V. , bedoeld onder I. 1., 2., 3., 4., 5. en 6. vanaf 01/01/2021 op basis van een vrijwillige en betalende aansluiting, voor zover zijn of haar aanvraag tot aansluiting binnen zestig dagen volgend op de opening van het recht tot aansluiting wordt ingediend;

Opmerking: in het kader van “huwen met een buitenlandse partner in afwachting van een verblijfsvergunning in België” wordt de aansluiting pas definitief op de datum van de wettelijke samenwoning. De bevestiging gebeurt op basis van een gemeentelijk document van “gezinsamenstelling”.

5. De echtgeno(o)t(e) of de samenwonende partner van een personeelslid van Proximus N.V. , bedoeld onder I. 1., 2., 3., 4., 5. en 6. die al vroeger aangesloten was bij een andere hospitalisatieverzekering (zie hoofdstuk 2 – Definities – Wachtijd), op basis van een vrijwillige en betalende aansluiting;

IV. DE OVERLEVENDE ECHTGENO(O)T(E) VAN EEN ONDER PUNT I BEDOELDE NIET- ACTIEVE MEDEWERKER, MET ANDERE WOORDEN

1. De overlevende echtgeno(o)t(e) op 31/12/2020 erkend als verzekerd door de collectieve hospitalisatieverzekering Proximus-Vanbreda (N°08352920 of N°08352921) op basis van een vrijwillige en betalende aansluiting.
2. De overlevende echtgeno(o)t(e) op 31/12/2020 erkend als verzekerd door de collectieve hospitalisatieverzekering Proximus-Ethias (N°08352960 of N°08352961) op basis van een vrijwillige en gratis aansluiting.



3. De aangesloten echtgeno(o)t(e) die op het ogenblik van overlijden van de niet-actieve medewerker niet feitelijk of uit de echt gescheiden is van deze laatste, kan aangesloten blijven bij de huidige verzekering, voor zover hij of zij de overeenstemmende premie volledig zelf betaalt.

De aangesloten echtgeno(o)t(e) die overlevende echtgeno(o)t(e) wordt:

- wordt specifiek geïdentificeerd in de populatie die door de huidige collectieve dekking wordt verzekerd;
- blijft verzekerd onder deze dekking. Indien hij of zij niet langer aangesloten wenst te zijn, dient Vanbreda een schriftelijk verzoek tot opzegging te ontvangen.

Hoofdstuk 5

Aansluiting - uittreding

5.1. Aansluiting.

Aansluiting (wanneer de betrokkene “niet-actief” wordt, naar aanleiding van een huwelijk, samenwoning of bij geboorte of adoptie)

Bij het niet-actief worden, beantwoordt de medewerker aan de voorwaarden die vastgelegd werden onder hoofdstuk 4: ze worden opgenomen in de personeelsdatabank van Proximus en ontvangen een brief met de mogelijkheid tot aansluiting bij de hospitalisatieverzekering voor niet-actieven, en dit voor zowel de medewerker zelf als zijn echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner. Het aansluitingsformulier moet binnen de 60 dagen na uittreding uit het plan voor actieve medewerkers opgestuurd worden naar Vanbreda. Dit is het enige moment waarop er kan worden aangesloten.

Situatie waarin de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner zich later kan aansluiten:

- als de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner reeds aangesloten was bij een minstens gelijkwaardige collectieve verzekering, zonder onderbreking tussen het vorige contract en de aansluiting bij de huidige dekking: de aansluiting dient in dit geval te gebeuren binnen 60 dagen na het verlies van het recht op deze collectieve verzekering. Er is geen wachttijd van toepassing, ook niet voor reeds bestaande aandoeningen.
- als de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner reeds aangesloten was bij een minstens gelijkwaardige facultatieve privéverzekering, zonder onderbreking tussen het vorige contract en de aansluiting bij de huidige dekking: de aansluiting dient in dit geval te gebeuren ten laatste binnen 60 dagen na de eerste verval dag van het privécontract na de opening van het recht op aansluiting bij de huidige dekking.

Als de vorige verzekering echter niet op zijn minst gelijkwaardig is, zullen de kosten voor zorgverstrekking voor bestaande aandoeningen pas na een ononderbroken aansluitingsperiode van één jaar bij de huidige dekking recht geven op een interventie, dit in toepassing van de huidige dekking.

Belangrijke opmerkingen:

Indien u kiest voor het plan “Zekerheid”, is deze keuze definitief en kan u in de toekomst niet meer overschakelen naar het plan “Voorzorg+”.

Indien Vanbreda bevestigt dat ze uw antwoord niet hebben ontvangen binnen de 60 dagen, zal dit als een definitieve weigering beschouwd worden. In dat geval wordt u een brief toegestuurd, die u verder informeert over het recht op individuele voortzetting.

De medewerker die voldoet aan de in hoofdstuk 4.1 vastgelegde voorwaarden en als dusdanig is geregistreerd in de personeelsdatabank van Proximus, en van wie de gezinssamenstelling verandert en zijn echtgeno(o)t(e)/samenwonende partner wenst aan te sluiten of van de aansluiting wenst af te zien, moet uit eigen beweging contact opnemen met Vanbreda en uitdrukkelijk vragen om de gewenste wijziging aan te brengen.

De nieuwe echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner kan vanaf de huwelijksdatum of de datum van samenwoning binnen de 60 dagen na kennisgeving bij Vanbreda aangesloten worden. Dit is het enige moment waarop er kan worden aangesloten.

De verzekeringspremie is verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand in geval van aansluiting vóór de zestiende van de maand, of vanaf de eerste dag van de daaropvolgende maand, in geval van aansluiting vanaf de zestiende van de maand.

De rechthebbende kinderen jonger dan 18 jaar, geregistreerd in de personeelsdatabank van Proximus, worden onmiddellijk aangesloten.

5.2. Einde van de aansluiting.

De aansluiting bij de hospitalisatieverzekering eindigt definitief:

- volgend op het overlijden van de hoofdverzekerde, met andere woorden de niet-actieve medewerker; Dit leidt tot de schrapping van de secundaire verzekerden, met andere woorden de gezinsleden van de hoofdverzekerde die aangesloten zijn bij de collectieve verzekeringsovereenkomst. De aangesloten echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner, die niet gescheiden is van de overleden medewerker, kan de aansluiting bij het collectief hospitalisatieplan verder zetten, mits deze de kosten voor de gerelateerde premie integraal ten laste neemt. De aangesloten partner die nu als “overlevende partner” beschouwd wordt:
- zal specifiek vermeld worden in de verzekerde doelgroep.
- blijft onder deze dekking vallen. Indien hij niet langer wenst aangesloten te blijven, moet zijn verzoek tot ontbinding schriftelijk door Vanbreda worden ontvangen.
- bij niet-betaling van de premie die de verzekerde dient te vereffenen (zie hoofdstuk 7. “Premies”); In dat geval stuurt Vanbreda eerst een aanmaning tot betaling;
- op uitdrukkelijk verzoek van de aangeslotene (de uittreding van de niet-actieve medewerker leidt tot de

schrapping van zijn aangesloten echtgeno(o)t(e)/partner als verzekerde);

- voor het verzekerde kind voor wie het recht op kinderbijslag wordt afgeschaft (tenzij het gaat om een samenwonend mindervalide kind);
- voor de gescheiden echtgeno(o)t(e) of partner; in geval van scheiding is de verzekerde echtgeno(o)t(e) of partner niet meer gedekt vanaf de maandelijkse vervaldag volgend op de datum van de scheiding.

De verzekeringspremie is verschuldigd voor de volledige maand in geval van opzegging na de vijftiende van de maand. De premie is niet verschuldigd in geval van opzegging vóór de zestiende van de maand.

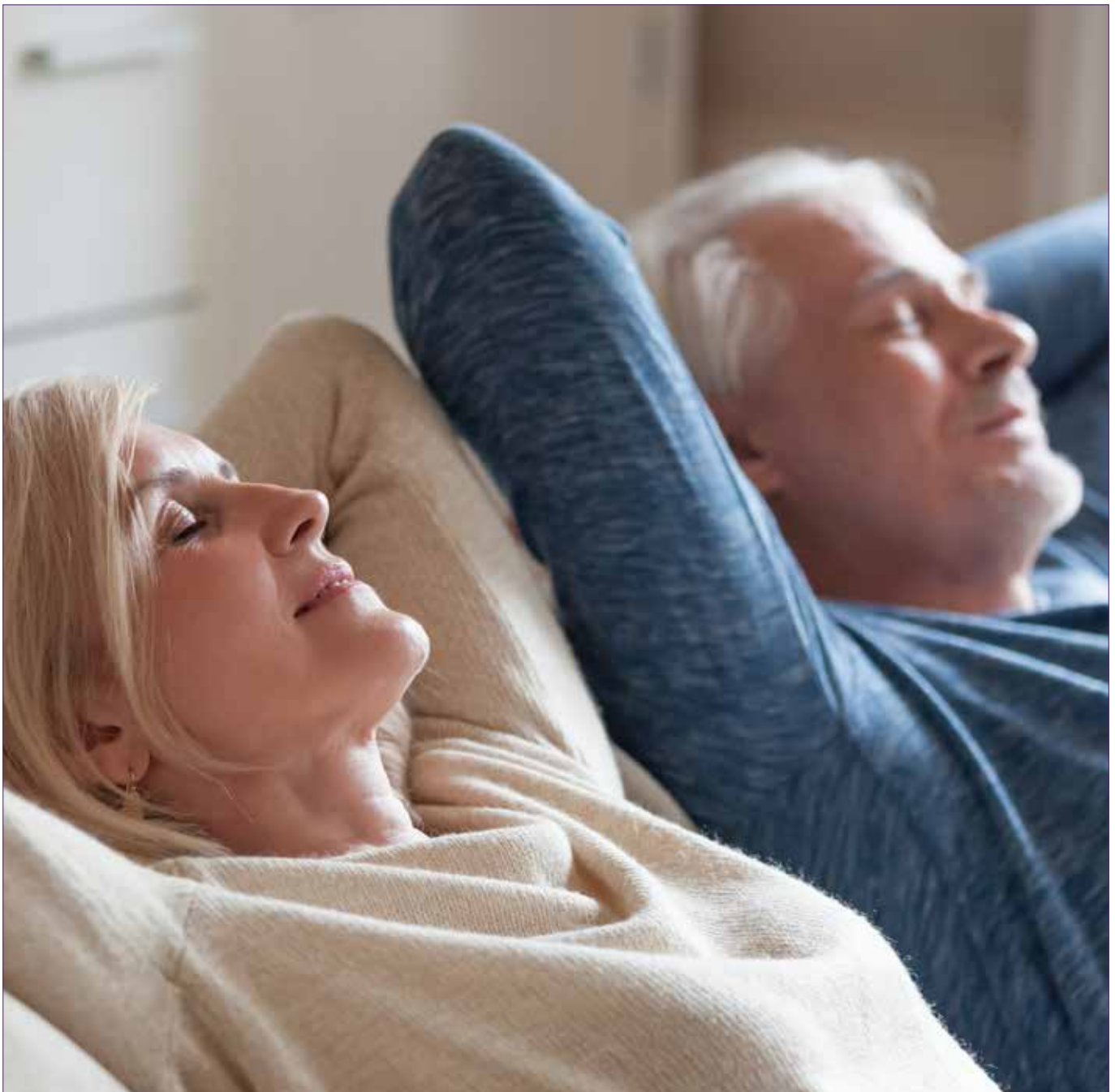
In geval het einde van de aansluiting definitief is, kunnen zowel de hoofdverzekerde (t.t.z. de medewerker) als zijn mede- verzekerden (t.t.z. zijn echtgeno(o)t(e) en kinderen) een hospitalisatieverzekering aangaan volgens

de bepalingen van hoofdstuk 15 betreffende de “Individuele voortzetting”. Indien de verzekerde niet binnen de voorgeschreven termijn van deze mogelijkheid gebruik maakt, verliest hij dit.

5.3. Opmerking.

De verzekerde moet Proximus op de hoogte brengen van elke adreswijziging en van alle wijzigingen in de gezinssamenstelling (binnen de 60 dagen na de wijziging), bv.: in geval van huwelijk of scheiding, wanneer een kind het recht op kinderbijslag verliest, bij het overlijden van een van de verzekerden, ...

Wanneer vaststaat dat Proximus de gegevens laattijdig of verkeerd doorstuurt en er aldus een fout is gebeurd, zal er geen wachttijd worden toegepast, noch voor de medewerkers en hun kinderen, noch voor de echtgeno(o)t(e)/samenwonende partner.



Hoofdstuk 6

Sociale correctiemaatregelen

Voor sommige groepen van aangeslotenen neemt Proximus de kost van de premie en/of het bedrag van de franchise vastgelegd in het plan “Zekerheid” volledig ten laste.

Indien je kiest voor het plan “Voorzorg+” dan zijn de maatregelen 6.1., 6.2., 6.3. en 6.4. betreffende de franchise niet van toepassing, m.a.w. de franchise zal van toepassing zijn zowel in een eenpersoonskamer als in een meerpersoonskamer.

Plan Zekerheid		
Doelgroep	Sociale correctiemaatregelen	
	Premie Volledig ten laste genomen door Proximus	Franchise Volledig ten laste genomen door Proximus
Niet actieve medewerker met een globaal belastbaar gezinsinkomen dat lager is dan €32.845,03 (aanslagjaar 2022 - inkomen 2021) voor details zie hieronder bij punt 6.1	Ja	Ja
Niet actieve medewerker met een globaal belastbaar gezinsinkomen dat lager is dan €44.802,93 (aanslagjaar 2022 - inkomen 2021) voor details zie hieronder bij punt 6.2.	Neen	Ja
Erkende partner die op 31/12/2022 gratis aangesloten is bij de collectieve hospitalisatieverzekering Proximus (N° 03446850 of N° 03446851) voor details zie hieronder bij punt 6.3.	Ja	Neen
Overlevende erkende partner die op 31/12/2022 gratis aangesloten is bij de collectieve hospitalisatieverzekering Proximus (N° 03446860 of N° 03446861) voor details zie hieronder bij punt 6.4.	Ja	Neen
Mindervalide kind, zonder leeftijdsbeperking, bedoeld onder hoofdstuk 4.II.2. gratis aangesloten bij de collectieve hospitalisatieverzekering Proximus (n°03446880 of n°03446881) voor details zie hieronder bij punt 6.5.	Ja	Ja
Weeskind dat gratis op 31/12/2022 aangesloten is tot de collectieve hospitalisatieverzekering Proximus (N° 03446870 of N° 03446871) voor details zie hieronder bij punt 6.6.	Ja	Ja

De sociale correctiemaatregelen hebben betrekking op het integraal ten laste nemen van:

- 6.1. De premie en de franchise bepaald in het Zekerheidsplan voor de niet-actieve medewerker, ongeacht zijn burgerlijke staat (gehuwd, samenwonend of alleenstaand), van wie het globaal belastbaar inkomen van het gezin gelijk is aan het wettelijke minimumbedrag van een rustpensioen van de openbare sector (bedrag gehuwde gepensioneerde), vermeerderd met 30%. In 2023 wordt dit bedrag vastgesteld op €32.845,03 (aanslagjaar 2022 - inkomsten 2021); om van deze maatregel te genieten, moet de verzekerde zijn laatste aanslagbiljet-kohieruittreksel indienen bij Vanbreda (eenmalig vereist op het ogenblik van de indiening van de aanvraag tot aansluiting of later indien de inkomsten zouden verminderen);
- 6.2. De franchise bepaald in het Zekerheidsplan voor niet-actieve medewerkers van wie het globaal belastbaar inkomen van het gezin in 2023 het plafond van €44.802,93 niet overschrijdt (aanslagjaar 2022 - inkomsten 2021); om van deze maatregel te genieten moet de verzekerde zijn laatste aanslagbiljet - kohieruittreksel indienen bij Vanbreda (eenmalig vereist op het ogenblik van de indiening van de aanvraag tot aansluiting of later indien de inkomsten zouden verminderen);
- 6.3. De premie bepaald in het Zekerheidsplan voor de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner die in het kader van een erkende gratis aansluiting aangesloten was bij de hospitalisatieverzekering Proximus (nr 03446850 of 03446851) op 31/12/2022 met toepassing van de sociale correctiemaatregelen goedgekeurd in het Paritair Comité van 24 maart 2004;
- 6.4. De premie bepaald in het Zekerheidsplan voor de overlevende echtgeno(o)t(e) die in het kader van een erkende gratis aansluiting aangesloten is bij de collectieve hospitalisatieverzekering Proximus (N°03446860 of 03446861) op 31/12/2022 met toepassing van de sociale correctie-maatregelen goedgekeurd in het Paritair Comité van 24 maart 2004 zal de verzekerde jaarlijks een bewijs van leven moet indienen. Dit bewijs moet aangevraagd worden bij de gemeente indien de overlevende echtgeno(o)t(e) voor het plan Zekerheid gekozen heeft.
- 6.5. De premie en de franchise bepaald in het Zekerheidsplan en het plan "Voorzorg+" voor mindervalide kinderen, zonder leeftijdsbeperking;
- 6.6. De premie en de franchise bepaald in het Zekerheidsplan en het plan "Voorzorg+" voor weeskinderen.

Het voordeel van de sociale correctiemaatregelen bedoeld onder 6.1, 6.2, 6.3 en 6.4 wordt toegekend vanaf het ogenblik dat de aanvraag bij Vanbreda wordt ingediend (m.a.w. zonder terugwerkende kracht) en loopt tijdens de volledige duur van met Vanbreda afgesloten contract (namelijk in 2021, 2022 en 2023), zonder dat de aanvrager jaarlijks zijn laatste aanslagbiljet-kohieruittreksel moet indienen.

De kosten verbonden aan de toepassing van de sociale correctiemaatregelen worden ten laste genomen door Proximus.

Hoofdstuk 7

Premies

7.1. Algemene bepalingen.

De persoonlijke bijdrage van de premie is de kost van de verzekering voor de aangeslotene; ze is maandelijks achteraf opvraagbaar en betaalbaar via domiciliëring (voorbeeld: in februari betaalt u de premie van de maand januari).

De premies worden bepaald op basis van vier leeftijds-categorieën:

- 0 tot 24 jaar, met andere woorden, tot het einde van de maand waarin de verzekerde 25 jaar wordt;
- 25 tot 64 jaar, met andere woorden, tot het einde van de maand waarin de verzekerde 65 jaar wordt;
- 65 tot 74 jaar, met andere woorden, tot het einde van de maand waarin de verzekerde 75 jaar wordt;
- ouder dan 75 jaar.

De premies betaald door de verzekerde zijn niet aftrekbaar vermits de vergoedingen, waarvan wordt genoten door toepassing van het huidig reglement, niet belastbaar zijn.

7.2. Kinderen.

Er dient geen premie betaald te worden voor de kinderen die begunstigde zijn van het Zekerheidsplan op voorwaarde dat ze voldoen aan de gestelde toetredingsvoorwaarden.

Hun aansluiting wordt volledig bekostigd door Proximus.

7.3. Niet-actief personeelslid.

Tenzij het personeelslid de sociale correctiemaatregel bedoeld in hoofdstuk 6.1 geniet, sluit hij/zij op vrijwillige en betalende basis aan bij het hospitalisatieplan "Zekerheid". De aansluiting is onderworpen aan de indiening van een aanvraag en de betaling van zijn/haar aandeel in de premie. De betrokkene betaalt het maandelijks bedrag van de verschuldigde premie rechtstreeks per domiciliëring aan Vanbreda.

7.4. Echtgen(o)ot(e), samenwonende partner of overlevende echtgeno(o)t(e).

Tenzij hij/zij de sociale correctiemaatregel bedoeld in hoofdstuk 6.3 of 6.4 geniet, sluit hij/zij op vrijwillige en betalende basis aan bij het Hospitalisatieplan "Zekerheid".

Zijn/haar aansluiting is onderworpen aan de indiening van een aanvraag en de betaling van de volledige verzekeringspremie. De betrokkene betaalt het maandelijkse bedrag van de verschuldigde premie rechtstreeks per domiciliëring aan Vanbreda. Eventuele latere tariefwijzigingen uitgaand van de dienstverlener zullen volledig ten laste van de verzekerde echtgeno(o)t(e), samenwonnende partner of begunstigde overlevende echtgeno(o)t(e) zijn.

7.5. Het ten laste nemen van de premiekosten.

De premies alsook alle belastingen, taksen en bijdragen vastgelegd of vast te leggen uit hoofde van de geïnde premies of de verzekerde bedragen zijn:

- volledig ten laste van Proximus voor de aangeslotenen bedoeld in hoofdstuk 6 in punten 6.1, 6.3, 6.4., 6.5. en 6.6;
- volledig ten laste van Proximus voor de aangesloten kinderen bedoeld in hoofdstuk 4,II;
- gedeeltelijk ten laste van Proximus en van de betalende niet-actieve medewerker bedoeld in hoofdstuk 7.3 (cofinanciering);

- volledig ten laste van de echtgeno(o)t(e)/samenwonnende partner of overlevende echtgeno(o)t(e) bedoeld in hoofdstuk 7.4 die aangesloten is bij het collectieve plan tegen voorkeurtarief en 100% van de prijs betaalt;
- volledig ten laste van de verzekerde in geval van individuele voortzetting.

7.6. Controle van de betaling.

De verzekerde wordt verzocht de uitvoering van de betaling van zijn aandeel van de premie of van de premie die hij maandelijks verschuldigd is te controleren.

7.7. Niet-betaling van de premie.

In geval van niet-betaling van de premie wordt de waarborg opgeschort per aangetekende brief, vergezeld van een aanmaning tot betaling binnen een termijn van vijftien dagen, te rekenen van de dag volgend op de afgifte ervan bij bpost. Bij niet-betaling treedt de opzegging in werking bij het vervallen van de voornoemde termijn.

7.8. Zekerheidsplan: Tabel met de maandelijkse persoonlijke bijdrage in 2021-2022-2023.

	Categorie van aangeslotene	Leeftijdscategorie	Maandelijkse premie 2021-2022-2023
Maandelijkse persoonlijke bijdrage (betaling via domiciliëring)	Niet-actieve medewerker	00 - 24	€ 0,00
		25 - 64	€ 1,45
		65 - 74	€ 2,27
		75 - **	€ 4,14
	Kind		€ 0,00
	Begunstigde van gratis aansluiting tot het plan Zekerheid (sociale correctie)	00 - 24	€ 0,00
		25 - 64	€ 0,00
		65 - 74	€ 0,00
		75 - **	€ 0,00
	Echtgeno(o)t(e)/samenwonnende partners en overlevende echtgeno(o)t(e)	00 - 24	€ 2,25
		25 - 64	€ 15,73
		65 - 74	€ 24,70
		75 - **	€ 44,91

Hoofdstuk 8

Uitsluitingen – beperkingen

Bij de waarborg zijn de volgende elementen niet inbegrepen: hospitalisaties, pre- en posthospitalisaties en ernstige ziekten die veroorzaakt, verergerd of verlengd worden door een opzettelijke daad of door een zware fout van de verzekerde, de begunstigde of iedere andere persoon die enig belang heeft bij de terugbetalingen met betrekking tot de toepassing van dit reglement.

Onder opzettelijke daad wordt verstaan: een daad gesteld met het doel lichamelijke schade te berokkenen aan een verzekerde.

Onder zware fout wordt verstaan:

- a. Elke deelname aan misdrijven, vechtpartijen, weddenschappen, uitdagingen, ruzies, woordenwisselingen, misdaden of delicten, behalve in geval van wettige zelfverdediging of wettelijke verplichting tot het verlenen van hulp aan personen in nood;
- b. Elke roekeloze daad waarvan men geacht wordt te weten dat deze een bedreiging vormt van de fysieke integriteit, behalve bij een poging tot redding van personen of goederen;
- c. Elke roekeloze daad gesteld door een derde, met goedvinden van de verzekerde of een andere persoon die belang heeft bij de terugbetalingen met betrekking tot de toepassing van dit reglement, waardoor een verzekerde lichamelijke schade lijdt;
- d. Elke vorm van alcoholintoxicatie en misbruik van alcohol, verdovende middelen of medicijnen, of eender welk feit dat de verzekerde overkomt terwijl hij duidelijk en zichtbaar onder invloed van één van deze producten is, tenzij de verzekerde kan bewijzen dat hij

verplicht werd tot misbruik van alcohol, verdovende middelen of medicijnen, of dat dit misbruik het gevolg was van onwetendheid en er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en het schadegeval;

- e. Alcoholisme, gebruik van verdovende middelen, gewenning of eender welke vorm van verslaving, indien er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en het schadegeval;
- f. elke vrijwillige verminking of poging tot zelfmoord.

Zijn evenmin in de waarborg begrepen, de hospitalisaties, pre- en posthospitalisaties en de ernstige ziekten die veroorzaakt of verlengd worden door:

- a. Uitwerking van de wijziging van de atoomstructuur van de stof, kunstmatige versnelling van de atoomdeeltjes en stralingen van radio-isotopen, tenzij in het kader van een medische behandeling of een medisch onderzoek;
- b. Oorlog of een daarmee overeenstemmende toestand, burgerlijke onlusten of oproer, waaraan de verzekerde actief deelneemt;
- c. Ongevallen aan de verzekerde overkomen tijdens de deelname aan krijgsoefeningen, militaire operaties of oefeningen te velde, militaire plechtigheden of karweien, alsook bij het hanteren van wapens tijdens de militaire dienst;
- d. De voorbereiding tot en deelname aan sportmanifestaties als bezoldigd beoefenaar;
- e. Het gebruik van luchtvaartuigen, behalve als passagier van een vliegtuig of helikopter ingericht om personen te vervoeren;
- f. Het beoefenen van een sport in de lucht of tijdens het gebruik van motorvoertuigen.



Hoofdstuk 9

Bedragen van de tussenkomsten

Verblijf in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer

Op basis van de volgende elementen worden uitgaven die gedekt zijn door het Zekerheidsplan ten laste genomen:

- gedekte medische prestaties met een RIZIV-nomenclatuurnummer die aanleiding geven tot een tussenkomst van het RIZIV; voor deze prestaties wordt een vergoeding terugbetaald van 100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de verkregen wettelijke tegemoetkoming voor de waarborgen "Hospitalisatie", "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten", met inbegrip van eventuele supplementen;

- de gedekte medische prestaties die een RIZIV-nomenclatuurnummer hebben en gedekte geregistreerde geneesmiddelen die geen aanleiding geven tot een tussenkomst van het RIZIV (ingeval iemand niet in orde is met het ziekenfonds, bij overschrijding van de leeftijdsgrens die door de wet bepaald is voor bepaalde types van zorgverlening, indien iemand niet voldoet aan de wettelijke toekenningsvoorwaarden, enz.); voor deze prestaties wordt een vergoeding terugbetaald van 100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de fictief verkregen wettelijke tegemoetkoming voor de waarborgen "Hospitalisatie", "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten", met inbegrip van eventuele supplementen;
- gedekte medische prestaties die geen RIZIV-nomenclatuurnummer hebben; deze prestaties worden 100% terugbetaald onder de waarborg "Hospitalisatie" en 50% onder de waarborgen "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten".

Hospitalisatieplan Zekerheid. Bedragen van de tussenkomst. Verblijf in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer.				
Type prestatie		Verblijf en verzorging in een ziekenhuisomgeving ⁽¹⁾	Ambulante zorgen ⁽²⁾	
			Pre- en posthospitalisatie	Ernstige ziekten
Supplementen voor verblijfkosten		Wettelijk verboden	Niet van toepassing	
Gedekte medische prestaties met een RIZIV-nr die worden terugbetaald door het RIZIV		100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de reëel verkregen wettelijke tussenkomst		
Gedekte medische prestaties met een RIZIV-nr die niet worden terugbetaald door het RIZIV ⁽³⁾		100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de fictief verkregen wettelijke tussenkomst		
Gedekte medische prestaties zonder een RIZIV-nr die niet worden terugbetaald door het RIZIV		100% van de kosten die ten laste blijven	50%	
Franchise	In geval van een hospitalisatie van minstens één nacht	€ 75,00	Niet van toepassing ⁽⁴⁾	
	In geval van een dagopname	€ 0,00	Niet van toepassing	

⁽¹⁾ Buiten de specifieke bepalingen met betrekking tot de franchise, laserchirurgie en keratotomie, voor zover de prestaties vermeld zijn op de originele ziekenhuisfactuur.

⁽²⁾ Op voorwaarde dat zij werden voorgeschreven door een erkend zorgverlener en verband houden met de reden van de hospitalisatie of een gedekte ernstige ziekte.

⁽³⁾ Indien de deelnemer om welke reden dan ook geen wettelijke tussenkomst heeft ontvangen, zal een fictieve vergoeding in mindering gebracht worden die gelijk is aan de wettelijke tussenkomst waarin voorzien is door de Belgische sociale wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor werknemers.

⁽⁴⁾ De franchise is van toepassing op de gedekte hospitalisatiekosten en indien nodig op de te vergoeden pre- en posthospitalisatiekosten.

Verblijf in een eenpersoonskamer

Op basis van de volgende elementen worden uitgaven die gedekt zijn door het Zekerheidsplan ten laste genomen:

- gedekte medische prestaties met een RIZIV-nomenclatuurnummer die aanleiding geven tot een tussenkomst van het RIZIV; voor deze prestaties wordt een vergoeding terugbetaald van 100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de verkregen wettelijke tegemoetkoming voor de waarborgen "Hospitalisatie", "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten", met inbegrip van eventuele supplementen; eventuele ereloon-supplementen zijn geplafonneerd op 100% van de tussenkomst van het RIZIV;
- de gedekte medische prestaties die een RIZIV-nomenclatuurnummer hebben en gedekte geregistreerde geneesmiddelen die geen aanleiding geven

tot een tussenkomst van het RIZIV (ingeval iemand niet in orde is met het ziekenfonds, bij overschrijding van de leeftijdsgrens die door de wet bepaald is voor bepaalde types van zorgverlening, indien iemand niet voldoet aan de wettelijke toekenningsvoorwaarden, enz.); voor deze prestaties wordt een vergoeding terugbetaald van 100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de fictief verkregen wettelijke tegemoetkoming voor de waarborgen "Hospitalisatie", "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten", met inbegrip van eventuele supplementen;

- gedekte medische prestaties die geen RIZIV-nomenclatuurnummer hebben; deze prestaties worden 100% terugbetaald onder de waarborg "Hospitalisatie" en 50% onder de waarborgen "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten".

Hospitalisatieplan Zekerheid. Bedragen van de tussenkomst. Verblijf in een eenpersoonskamer.				
Type prestatie		Verblijf en verzorging in een ziekenhuisomgeving ⁽¹⁾	Ambulante zorgen ⁽²⁾	
			Pre- en posthospitalisatie	Ernstige ziekten
Supplementen voor verblijfkosten		Niet gedekt	Niet van toepassing	
Gedekte medische prestaties met een RIZIV-nr die worden terugbetaald door het RIZIV		100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de reëel verkregen wettelijke tussenkomst, geplafonneerd op 100% van de tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wat de ereloon-supplementen betreft	100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de reëel verkregen wettelijk tussenkomst	
Gedekte medische prestaties met een RIZIV-nr die niet worden terugbetaald door het RIZIV ⁽³⁾		100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de fictief verkregen wettelijke tussenkomst, geplafonneerd op 100% van de tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wat de ereloon-supplementen betreft	100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de fictief verkregen wettelijke tussenkomst	
Gedekte medische prestaties zonder een RIZIV-nr die niet worden terugbetaald door het RIZIV		100% van de kosten die ten laste blijven	50%	
Franchise	In geval van een hospitalisatie van minstens één nacht	€ 75,00	Niet van toepassing ⁽⁴⁾	
	In geval van een dagopname	€ 0,00	Niet van toepassing	

⁽¹⁾ Buitende specifieke bepalingen met betrekking tot de franchise, laserchirurgie en keratotomie, voor zover de prestaties vermeld zijn op de originele ziekenhuisfactuur.

⁽²⁾ Op voorwaarde dat zij werden voorgeschreven door een erkend zorgverlener en verband houden met de reden van de hospitalisatie of een gedekte ernstige ziekte.

⁽³⁾ Indien de deelnemer om welke reden dan ook geen wettelijke tussenkomst heeft ontvangen, zal een fictieve vergoeding in mindering gebracht worden die gelijk is aan de wettelijke tussenkomst waarin voorzien is door de Belgische sociale wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor werknemers.

⁽⁴⁾ De franchise is van toepassing op de gedekte hospitalisatiekosten en indien nodig op de te vergoeden pre- en posthospitalisatiekosten.

Hoofdstuk 10

Berekeningswijze van de tussenkomst

Indien de verzekerde wordt verzorgd in een ziekenhuis waarmee de dienstverlener een overeenkomst tot rechtstreekse terugbetaling heeft afgesloten, worden de reële kosten rechtstreeks betaald aan het ziekenhuis (zie hieronder “Rechtstreekse betaling via het systeem Medi-Link”).

Alle medische zorgen die buiten het ziekenhuis verstrekt worden, worden terugbetaald op voorwaarde dat de verzekerde, ten laatste drie jaar na de verstrekking van de zorgen, de documenten aan de dienstverlener bezorgt. Met deze documenten worden bedoeld: alle wettelijke bewijsstukken van de kosten, de terugbetalingsattesten van het ziekenfonds en de bewijsstukken van terugbetalingen, via een verplichte verzekering of andere onderschreven verzekering.

De dienstverlener kan, indien hij dit nodig acht, bijkomende bewijsstukken opeisen.

Bedrag van de terugbetaling op basis van de facturen en onkostennota's door de verzekerde teruggestuurd.

Na ontvangst van de originele facturen betaalt de dienstverlener aan de verzekerde, afhankelijk van het tussenkomstpercentage vermeld in hoofdstuk 9, het verschil tussen, enerzijds:

het bedrag van de werkelijk gemaakte en op de factuur vermelde kosten, gedekt door dit reglement; en anderzijds:

de wettelijke tussenkomsten en de andere ontvangen tussenkomsten, van welke aard dan ook.

Het aldus verkregen saldo wordt terugbetaald, rekening houdend met het bedrag van de eventueel toegepaste franchise, per verzekerde en per kalenderjaar.

Rechtstreekse betaling via het systeem “Medi-Link”.

Bij opname in een ziekenhuis in België dat een overeenkomst tot rechtstreekse betaling heeft afgesloten met de dienstverlener, zal Vanbreda de kosten van de verstrekte zorgen en diensten rechtstreeks aan het ziekenhuis betalen, onder voorbehoud van overeenstemming met de regels van voormeld contract.

Hierdoor treedt Vanbreda van rechtswege op voor de betaalde kosten.

Voor elke betaling met betrekking tot een schadegeval gebeurt er steeds door de risicodrager of zijn dienstverlener een controle van de waarborgen.

Indien de verzekerde gebruik maakt van het systeem van rechtstreekse betaling, aanvaardt hij dat de dienstverlener betaalt voor rekening van de persoon die normaal de kosten zou moeten dragen.

De verzekerde verbindt zich er bovendien toe om de onkosten die niet door dit reglement worden gedekt, terug te betalen indien de risicodrager of zijn dienstverlener deze kosten rechtstreeks heeft betaald aan het ziekenhuis. De kosten die deze laatste dient te betalen, worden door de risicodrager of de dienstverlener gerechtvaardigd via een overzicht met gedetailleerde informatie over de niet-gedekte kosten (eventuele franchise, dranken, telefoonkosten, enz.).

De risicodrager of de dienstverlener heeft steeds het eigendomsrecht op de originele facturen, zowel Belgische als de buitenlandse. De dienstverlener betaalt de kosten terug die tijdens de aansluitingsperiode gemaakt werden.

Hoofdstuk 11

Franchise

In geval van hospitalisatie is per kalenderjaar en per verzekerde een franchise van toepassing (gedeelte van de terugbetaalde kosten, dat ten laste blijft van de verzekerde)

Dit bedrag wordt slechts eenmaal per kalenderjaar en per verzekerde in mindering gebracht van de gewaarborgde kosten.

De franchise is enkel van toepassing op de waarborgen “Hospitalisatie” en “Pre- en posthospitalisatie”. Ze is niet van toepassing op de terugbetaling van ambulante zorgen die verband houden met een gedekte ernstige ziekte.

De franchise zal bovendien slechts eenmaal in mindering gebracht worden:

- in geval verschillende verzekerden van eenzelfde gezin betrokken zijn bij hetzelfde ongeval;
- voor de kosten van de bevalling voor moeder en kind;
- voor een hospitalisatie die aanvangt binnen 30 dagen vóór het einde van het kalenderjaar en die eindigt binnen 30 dagen na de aanvang van het nieuwe kalenderjaar.

Hospitalisatieplan “Zekerheid” – Franchise

Franchise volgens de om persoonlijke redenen gekozen kamertype	Gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer	Eenpersoonskamer
Franchise (per kalenderjaar)	€ 75,00	€ 75,00
Franchise one-day-clinic (per kalenderjaar)	€ 0,00	€ 0,00

Hoofdstuk 12

Aangifte van een schadegeval – verplichtingen van de verzekerde en van Vanbreda

Aangifte van de hospitalisatie

Vanbreda moet van elke hospitalisatie of elke gebeurtenis waarvoor de waarborgen van dit reglement kunnen ingeschakeld worden op een van de volgende manieren op de hoogte gebracht worden:

- via de applicatie Vanbreda op uw smartphone
- online aangifteformulier via de snelle link **“Aangifte hospitalisatie”** op <https://www.vanbreda-health.be/nl/aangifte-hospitalisatie/>;
- per telefoon op het nummer **0800 90 565** (in België) of **00 32 3 217 50 81** (indien u belt vanuit het buitenland). Dit nummer wordt speciaal voorbehouden voor Proximus;
- via een formulier voor de aangifte van hospitalisatie (aan te vragen bij Vanbreda).

Op deze manier meldt u Vanbreda waarom en wanneer u in het ziekenhuis opgenomen wordt (voor een ingreep en/of een onderzoek) en voor welk ziekenhuis u kiest.

Het systeem “Medi-Link” – derdebetalersysteem

Algemeen

Elke verzekerde beschikt over het Medi-Link systeem. Download de Vanbreda-app om uw elektronische kaart en die van uw gezinsleden altijd bij de hand te hebben. Vanbreda verstrekt geen platiek kaarten meer.

Wanneer de verzekerde opgenomen wordt in een Belgisch ziekenhuis, waar gewerkt wordt met het systeem “Medi-Link”, moet hij, indien zijn hospitalisatie gedekt is, geen enkele factuur, rekening of voorschot betalen.

De kosten voor de verstrekte zorgen en diensten worden door Vanbreda automatisch met het ziekenhuis geregeld.

Dit noemt men het derdebetalersysteem.

De niet gedekte kosten (bv. franchise, telefoonkosten, huur van de televisie, enz.) blijven ten laste van de verzekerde en zullen door Vanbreda de verzekerde aangerekend worden, indien zij deze kosten rechtstreeks met het ziekenhuis hebben geregeld. In dat geval verbindt de verzekerde zich ertoe deze niet gedekte kosten aan Vanbreda terug te betalen.

Het derdebetalersysteem wordt toegepast op voorwaarde dat er bij de kennisgeving van de hospitalisatie volledige en correcte informatie doorgegeven wordt. In geval van fraude of elke andere inbreuk van moedwillige weglating van informatie zal de totale som, gestort aan de ziekenhuisinstelling, volledig teruggevraagd worden aan de verzekerde.

Het derdebetalersysteem wordt niet toegepast bij:

- hospitalisaties die niet gedekt worden door dit reglement;
- een beperkt aantal aandoeningen waarvoor de ad-

viserende arts van Vanbreda meer informatie nodig heeft; in dat geval wordt de verzekerde gevraagd om bijkomende informatie te verstrekken om de adviseerende arts van Vanbreda toe te laten de hospitalisatie ten laste te nemen.

Algemene gebruiksvoorwaarden

a) Een hospitalisatie kan slechts aanvaard worden indien zij tijdig gemeld wordt aan Vanbreda, wanneer ze gedekt is door het Zekerheidsplan van Proximus en wanneer ze plaatsvindt in een ziekenhuisinstelling waar het systeem “Medi-Link” in gebruik is.

De verzekerde moet nagaan of er gebruik gemaakt wordt van het systeem “Medi-Link” in het gekozen ziekenhuis. Dit kan gevraagd worden aan het ziekenhuis zelf of door de lijst te raadplegen op de website van Vanbreda <https://www.vanbreda-health.be/nl/medi-link/>

b) Een geplande hospitalisatie moet uiterlijk 15 dagen voor de opname in het ziekenhuis gemeld worden. Indien op het moment van de melding onvoldoende of onduidelijke informatie wordt gegeven, zal bijkomende informatie gevraagd worden. Deze bijkomende informatie moet 7 dagen voor de opname in het ziekenhuis in het bezit zijn van Vanbreda, zodat de eventuele aanvaarding op tijd kan gebeuren. Spoedopnames moeten zo snel mogelijk aan Vanbreda worden gemeld en worden met prioriteit behandeld. Als de opname het gevolg is van een ongeval, moet dit expliciet aangegeven worden bij de melding van de hospitalisatie.

In geval van een hospitalisatie ten gevolge van een ongeval waarbij derden betrokken zijn, moet de verzekerde Vanbreda een duidelijk ingevuld en ondertekend hospitalisatieaangifteformulier bezorgen.

Indien de geplande hospitalisatie wordt verplaatst of indien de reden van hospitalisatie verschilt met de eerst gemelde, moet dit onmiddellijk worden gemeld aan Vanbreda.

c) De beslissing m.b.t. de aanvaarding van de hospitalisatie wordt eenmalig genomen en is slechts geldig voor de meegedeelde datum van opname.

De beslissing wordt schriftelijk bevestigd aan de verzekerde. Op het principe van de eenmalige aanvaarding wordt een uitzondering gemaakt in de volgende gevallen:

- bevellingen: de vermoedelijke bevallingsdatum moet tijdig meegedeeld worden; de aanvaardingsbrief m.b.t. de bevalling moet bij de opname aan het ziekenhuis voorgelegd worden;
 - opnames in de psychiatrie of langdurige ziekenhuisopnames: de aanvaarding geldt voor een maximumduur van 90 dagen; na die termijn moet een nieuwe melding gebeuren, zelfs indien het om dezelfde hospitalisatie gaat.
- d) Indien een hospitalisatie aanvaard wordt, betaalt Vanbreda rechtstreeks alle facturatiekosten aan het ziekenhuis.

Vanbreda bezorgt de originele ziekenhuisfactuur samen met de afrekening aan de verzekerde.

De rechtstreekse betaling is enkel geldig voor hospitalisaties met verblijfkosten, met inbegrip van kosten voor one-day-clinic zoals gedefinieerd in hoofdstuk 2. Indien er bij ontvangst van de ziekenhuisfactuur blijkt dat er geen verblijfkosten in rekening gebracht worden, zal Vanbreda de tussenkomst weigeren en het ziekenhuis vragen om de kosten te factureren aan de verzekerde.

Vanbreda bezorgt de gedetailleerde afrekening aan de verzekerde. Het ziekenhuis bezorgt de factuur, ter informatie, aan de verzekerde.

De eventuele franchise en de kosten die niet door de waarborg gedekt zijn, moeten binnen 30 kalenderdagen na ontvangst van de afrekening, betaald worden aan Vanbreda, met gebruik van de gestructureerde mededeling zoals vermeld op de afrekeningsnota.

Indien het verschuldigde bedrag niet binnen deze termijn van 30 dagen vereffend wordt, zullen de terugbetalingen van eventuele voorgaande en daaropvolgende kosten die met dezelfde hospitalisatie verband houden en/of in het kader van de kosten die verband houden met een andere hospitalisatie, stopgezet worden. Zodra Vanbreda het verschuldigde saldo ontvangen heeft, worden de terugbetalingen hervat. Vanbreda heeft niettemin het recht om een schuldvergelijking toe te passen met eventuele onbetaalde verschuldigde saldo's. Hierop zou de toepasselijke wettelijke interestvoet kunnen toegepast worden.

Indien er 45 kalenderdagen na ontvangst van de afrekening nog geen betaling ontvangen werd, zal Proximus daarvan op de hoogte gebracht worden.

Indien er na 75 dagen nog niet betaald werd, zal het systeem "Medi-Link" voor het hele gezin geblokkeerd worden. Na drie maanden is deze blokkering onherroepelijk.

Gebruik van het systeem Medi-Link bij hospitalisatie in een aangesloten Belgisch ziekenhuis

Uw ziekenhuisopname is gepland:

STAP 1: U VERWITTIGT VANBRED A

Meld een vooraf geplande hospitalisatie uiterlijk 15 dagen voordien via de applicatie op uw smartphone, via de snelle link "Aangifte hospitalisatie" op <https://www.vanbreda-health.be/nl/aangifte-hospitalisatie/> of telefonisch aan Vanbreda (op het voor Proximus voorbehouden nummer 0800 90 565).

Er kunnen zich drie situaties voordoen:

1. Vanbreda aanvaardt de opname:

- > U ontvangt een brief waarin de aanvaarding van de rechtstreekse betaling bevestigd wordt als ook een identificatiecode voor het derde betalerssysteem. Deze code begint met O10.. Deze code wordt duidelijk vermeld in de acceptatiebrief die de verzekerde ontvangt;

- > bij telefonische aangifte wordt die code ook mondeling meegegeven;

- > 2 dagen vóór de opname krijgt u via e-mail nog een extra bericht waarin de identificatiecode wordt herhaald;

- > het ziekenhuis bezorgt de ziekenhuisfactuur ter info aan de verzekerde met duidelijke vermelding dat de verzekerde de factuur niet moet betalen. De ziekenhuisfactuur zit dus niet meer als bijlage bij de afrekeningsnota die de verzekerde van Vanbreda ontvangt.

Om de registratie in het ziekenhuis vlot te laten verlopen is het belangrijk dat de verzekerde de identificatiecode voorlegt aan het onthaal.

Zo legt het ziekenhuis onmiddellijk de link met het juiste dossier en verloopt de inschrijving aan de opnamebalie probleemloos.

Goed om weten: de lijst van ziekenhuizen die met Medi-Link werken is uitgebreider dan de ziekenhuizen die met AssurCard werken. Voor de ziekenhuizen die niet met AssurCard werken, maar wel met Medi-Link, blijft de oude procedure van toepassing. In dat geval ontvangt de verzekerde geen O10-code en bevestigen we de aangiftes per mail aan het ziekenhuis.

Vanbreda zal bij elke opname duidelijk aan de verzekerde melden met welke procedure het ziekenhuis werkt.

2. Vanbreda aanvaardt de opname niet: zowel u als het ziekenhuis worden ervan op de hoogte gebracht dat het derdebetalerssysteem niet toegepast wordt. In dit geval moet u zelf de factu(u)r(en) betalen en deze vervolgens naar Vanbreda doorsturen, zodat ze onderzocht en eventueel terugbetaald kunnen worden.
3. Vanbreda heeft niet voldoende informatie gekregen om de hospitalisatie te kunnen aanvaarden en vraagt bijkomende inlichtingen: deze bijkomende inlichtingen moeten 7 dagen voor de opname in het ziekenhuis in het bezit zijn van Vanbreda. Vanbreda brengt u op de hoogte van de definitieve beslissing.

STAP 2: VOOR UW VERTREK

Vergeet niet om de volgende documenten mee te nemen: de identiteitskaart, de brief of mail van Vanbreda betreffende het derdebetalerssysteem, de identificatiecode (O10-code), uw vaccinatieboekje, uw bloedgroepkaart en eventuele voorbereidende radiografieën.

STAP 3: IN HET ZIEKENHUIS

Op het moment van de opname toont u aan het onthaal de brief van Vanbreda betreffende de aanvaarding van het derdebetalerssysteem en de Medi-Link identificatiecode ontvangen via Vanbreda. De medewerker van het ziekenhuis start de procedure en stelt het derdebetalerssysteem in werking. Vanaf dat moment betaalt de verzekerde geen enkel voorschot en zullen de facturen tussen het ziekenhuis en Vanbreda automatisch vereffend worden.

STAP 4: U ONTVANGT EEN AFREKENING

Na de betaling aan het ziekenhuis stuurt Vanbreda u een gedetailleerde afrekening. De afrekening geeft u een overzicht van de door Vanbreda betaalde kosten en van de kosten die in het kader van het onderhavige reglement niet ten laste genomen worden en u zelf dient te betalen (eventuele franchise, dranken, telefoonkosten...). Deze niet gedekte kosten betaalt u aan Vanbreda terug.

Het ziekenhuis bezorgt je de factuur ter informatie.

Uw hospitalisatie is niet gepland (spoedopname):

Voor het activeren van het derdebetalersysteem bij een spoedopname, verwittigt u of één van uw naasten Vanbreda op de volgende manier:

- via de applicatie op uw smartphone
- Online aangifte via de snelle link **“Aangifte hospitalisatie”** op <https://www.vanbreda-health.be/nl/aangifte-hospitalisatie>;
- per telefoon op het voor Proximus voorbehouden nummer **00800 90 565**;
- per post via het aangifteformulier

Vanbreda onderzoekt de gegevens onmiddellijk en stuurt u de Medi-Link identificatiecode, dit laatste dient u aan het ziekenhuis te communiceren om de derdebetalersprocedure te starten.

Situatie waarbij het systeem “Medi-Link” niet gebruikt kan worden

De volgende procedure moet worden gevolgd:

- indien het ziekenhuis geen gebruik maakt van het systeem “Medi-Link”;
- indien de hospitalisatie in het buitenland plaats heeft;
- indien de verzekerde voor of na zijn ziekenhuisverblijf nagelaten heeft om aangifte te doen van zijn hospitalisatie.

In deze gevallen **kan de verzekerde geen beroep doen op het derdebetalersysteem**. De aangifte en de facturatie verlopen dan op de klassieke manier.

1. Indien het ziekenhuis de gebruikelijke procedure volgt, betaalt de verzekerde een voorschot bij de opname.
2. De verzekerde vult de hospitalisatieaangifte in, en bezorgt deze zo snel mogelijk (binnen de 15 kalenderdagen) aan Vanbreda (via de omslag “Onnodig te frankeren”, via de applicatie of per mail); hij voegt elk document, attest of rapport toe dat het voorval en de ernstgraad ervan kan aantonen.; indien de verzekerde dit aangifteformulier niet heeft, kan er een exemplaar worden aangevraagd bij Vanbreda. Aangifte kan ook steeds online gedaan worden via de applicatie, via de snelle link “Aangifte hospitalisatie” op <https://www.vanbreda-health.be/nl/aangifte-hospitalisatie/>.
3. Indien nodig kan Vanbreda extra bewijsstukken bij u opvragen;
4. De aangifte wordt onmiddellijk (binnen een termijn van 5 werkdagen) en schriftelijk door Vanbreda aan de verzekerde bevestigd. Deze bevestiging vermeldt

uw unieke verzekerde-ID, te gebruiken in alle verdere briefwisseling. Samen met dit schrijven ontvangt de verzekerde een nieuw aangifteformulier met bijhorende omslag “Onnodig te frankeren” (enkel in geval van aangifte per post) en een kostenformulier dat kan gebruikt worden voor het indienen van de kosten.

5. Indien de opname gedekt is en op vertoon van afdoend bewijsstuk, betaalt Vanbreda 50% terug van het voorschot dat door de verzekerde betaald werd aan het ziekenhuis.

6. Na de hospitalisatie ontvangt de verzekerde de factuur van het ziekenhuis.

De verzekerde stuurt Vanbreda liefst via de applicatie of op [https://www.vanbreda-health.be/nl/kostenformulier/ de facturen en/of onkostennota's](https://www.vanbreda-health.be/nl/kostenformulier/de-facturen-en/of-onkostennota's) (ziekenhuisfactuur, BVAC-attesten van de apotheek, enz.), het terugbetalingsattest van het ziekenfonds en elk bewijsstuk m.b.t. een eventuele vergoeding in het kader van een verzekeringscontract op. Dit kan tot drie jaar na de prestaties in kwestie. Om elke vergissing te vermijden, moet de verzekerde op al deze stukken het aan hem toegekend schadenummer vermelden. Het volstaat een kopie of scan van deze stukken te bezorgen. De originelen dient u te bewaren en kunnen ter controle worden opgevraagd door Vanbreda. Bij voorkeur voegt de verzekerde ook het kostenformulier dat hij van Vanbreda ontving, toe.

Opgelet, indien bij een one-day-clinic het totaalbedrag van de factuur onder een bepaald minimum blijft, sturen sommige ziekenhuizen geen factuur. In dat geval vraagt u de facturatedienst van het ziekenhuis om een uittreksel ter bevestiging dat er een ‘one-day-clinic’-forfait gefactureerd werd aan het ziekenfonds.

7. Wanneer Vanbreda de facturen en terugbetalingsattesten van het ziekenfonds correct ontvangen heeft, zal de terugbetaling binnen de 15 kalenderdagen op de rekening van de verzekerde gebeuren. Vanbreda verbindt zich ertoe de verschuldigde vergoeding binnen deze termijn te betalen voor minstens 95% van de schadedossiers waarvoor het over de nodige bewijsstukken beschikt.
8. Vanbreda bezorgt alle gedetailleerde informatie over de terugbetaalde kosten en de kosten die ten laste van de verzekerde blijven. Bij deze informatie wordt er een nieuw aangifteformulier, een kostenformulier en een omslag “Onnodig te frankeren” (enkel in geval van per post ingediende kosten) naar de verzekerde gestuurd, voor een eventuele volgende hospitalisatie.

Hoofdstuk 13

Medische opvolging

Om de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen, moet de verzekerde alle nuttige inlichtingen aan de dienstverlener bezorgen en op de vragen antwoorden die hem gesteld worden. Dit is in overeenstemming met artikel 74 § 2 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

Telkens wanneer het nodig is, zal de verzekerde aan de behandelende arts vragen om de nodige medische at-
testen af te leveren voor de uitvoering van deze dekking.

De kosten van een eventueel controleonderzoek bij een
controlearts zijn ten laste van Vanbreda.

De aanduiding van een controlearts valt onder de be-
voegdheid van Vanbreda die hiervoor een beroep kan
doen op een onafhankelijke expertisedienst.

Hoofdstuk 14

Eindleeftijd en einde van de dekking

Voor de niet-actieve personeelsleden is er geen maxi-
mumleeftijd wanneer ze aan de toetredingsvoorwaar-
den in dit reglement voldoen.

Voor de niet-actieve medewerker stopt de dekking:

- Op moment van het overlijden van de hoofdverzekerde
(de niet-actieve medewerker)
- wanneer de bijdrage niet gestort wordt binnen de ver-
eiste termijn;
- bij zijn/haar overlijden.

Voor de aangesloten kinderen stopt de dekking:

- op het einde van de maand waarin de aansluiting om
bepaalde redenen afloopt (leeftijdsgrens van 25 jaar
bereikt, verlies van het recht op kinderbijslag – tenzij
het gaat om een mindervalide kind, einde van het sa-
menwonen indien het niet gaat om een eigen kind van
de medewerker);
- vanaf hun achttiende verjaardag blijven de kinderen,
indien zij nog recht hebben op kinderbijslag, gratis
aangesloten (deze voorwaarde is niet vereist voor min-
dervalide kinderen, zie hoofdstuk 4,11,2); de medewerker
moet jaarlijks uit eigen beweging een attest van kinder-
bijslag bezorgen aan Proximus; indien dit attest uiterlijk
op 15 oktober niet is ingediend, wordt de aansluiting
automatisch opgezegd op 31 oktober.

Voor de verzekerde echtgeno(o)t(e), samenwonende partner of begunstigde overlevende echtgeno(o)t(e) stopt de dekking:

- bij zijn/haar overlijden;
- bij het overlijden van de hoofdverzekerde (de niet-actieve
medewerker) zie ook de onderhandelde bijzondere bepa-
lingen voor de echtgeno(o)t(e)n/partners die overlevende
partners worden (hoofdstuk 5., 5.2.);
- wanneer de bijdrage niet gestort wordt binnen de
vereiste termijn;
- bij scheiding van de echtgenoten of samenwonende
partners;
- wanneer hij/zij op de vastgelegde vervalddag geen jaar-
lijks bewijs van leven indient om gratis het
Zekerheidsplan te kunnen blijven genieten (sociale
correctiemaatregel).

Hoofdstuk 15

Individuele voortzetting

De verzekerde (personeelslid of gezinslid) die het
recht op de collectieve dekking verliest, kan op eigen
kosten, zonder wachttijd, zonder medische formaliteiten
en zonder onderbreking van de dekking op individuele
basis een soortgelijke verzekering afsluiten als de
collectieve verzekering.

Wanneer de hoofdverzekerde (de niet-actieve mede-
werker) de aansluiting opzegt of een secundaire verze-
kerde (gezinslid van de niet-actieve medewerker)
de aansluiting verliest, zal Vanbreda, in naam van
Proximus, de verzekerde op de hoogte brengen van de
mogelijkheid tot individuele voortzetting, met naleving
van de volgende procedure en termijnen:

STAP 1:

Vanbreda brengt, ten laatste 30 dagen volgend op het
verlies van het voordeel van de collectieve verzekering,
de verzekerde, in naam van Proximus, schriftelijk of – op
uitdrukkelijk verzoek van de persoon in kwestie – via
e-mail op de hoogte van de mogelijkheid om het con-
tract individueel voort te zetten, met vermelding van:

- 1) het precieze moment van het verlies van de collectieve
dekking;
- 2) het recht op individuele voortzetting;
- 3) de termijn waarbinnen dit recht kan worden
uitgeoefend;
- 4) de gegevens van de betrokken verzekeringsmaat-
schappij.

Na deze fase gebeuren, de afrekening van de premie
en de administratie van het individuele contract,
rechtstreeks tussen de aanvrager – voormalig verzekerde
van het Zekerheidsplan van Proximus – en de verzeke-
ringsmaatschappij.

STAP 2:

De verzekerde en eventueel de verzekerde gezinsleden,
beschikken over een termijn van 30 dagen om de verze-
keringsmaatschappij op de hoogte te brengen van hun
voornemen om te kiezen voor een individuele
voortzetting.

Dit recht kan verlengd worden met een periode van
30 dagen, op voorwaarde dat de verzekeraar hiervan
formeel en schriftelijk of via e-mail op de hoogte wordt
gebracht. De niet-naleving van deze termijn(en) leidt tot
het verlies van het recht op individuele voortzetting.

STAP 3:

De verzekeringsmaatschappij beschikt over een periode van 15 dagen om de verzekerde een offerte te bezorgen van een verzekering met soortgelijke waarborgen als het Zekerheidsplan van Proximus. De premie wordt in geval van individuele voortzetting onder meer berekend op basis van de leeftijd van de aanvrager op het moment van de overschakeling van

de collectieve dekking naar het individuele contract, tenzij de verzekerde gebruik maakte van een voorfinanciering van de individuele voortzetting (art. 138 bis - 9 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, aangevuld door de wet van 20 juli 2007 – zie hoofdstuk 16).

STAP 4:

De verzekerde beschikt over een termijn van 30 dagen om al dan niet op het aanbod in te gaan. Indien een antwoord binnen deze termijn uitblijft, vervalt het recht op individuele voortzetting.

In afwijking van dit wettelijk stelsel kan de aangesloten echtgeno(o)t(e) die op het ogenblik van overlijden van de niet-actieve medewerker niet feitelijk of uit de echt gescheiden is van deze laatste op eigen kosten aangesloten blijven in het kader van de collectief overeenkomst, en dat tegen het collectief tarief.

Hoofdstuk 16

Voorfinanciering van de individuele voortzetting

Conform de wet van 20 juli 2007 (gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 10 augustus 2007) betreffende de private ziekteverzekeringsovereenkomsten hebben de verzekerden de mogelijkheid om hun individuele voortzetting voor te financieren door persoonlijk een bijkomende premie voor individuele voortzetting te betalen.

Dankzij de betaling van deze aanvullende premie zal de verzekerde een voordeligere premie kunnen genieten in geval van individuele voortzetting.

Indien de verzekerde gebruik maakt van de mogelijkheid tot voorfinanciering wordt zijn individuele verzekeringspremie bepaald, rekening houdend met de volgende elementen:

- zijn leeftijd op het moment dat hij de aanvullende premies is beginnen betalen;
- het aantal maanden dat de premie betaald werd (de leeftijd waarmee rekening wordt gehouden voor de berekening van de premie wordt opgetrokken bij een eventuele tijdelijke onderbreking van de betaling van de aanvullende premie).

Om een gepersonaliseerd voorstel te krijgen en een keuze te kunnen maken die het beste beantwoordt aan uw noden, surf op www.wachtpolis.be of contacteer uw mutualiteit.

Een goede raad: vergelijk de waarborgen en tarieven alvorens een verplichting aan te gaan.

Hoofdstuk 17

Medische geschillen

De verzekerde moet Vanbreda, binnen de 30 kalenderdagen volgend op zijn beslissing via een aangetekende brief op de hoogte brengen van geschillen met betrekking tot medische aspecten. Vanbreda meldt aan Proximus Work-Life dat beroep werd aangetekend en geeft informatie over het gevolg dat hieraan werd gegeven, met respect voor de anonimiteit van de verzekerde. Na deze termijn wordt de beslissing van Vanbreda beschouwd als aanvaard.

Geschillen met betrekking tot medische aspecten worden beslecht door middel van een minnelijke medische expertise, waarbij beide betrokken partijen, d.w.z. de verzekerde en de verzekeraar, eventueel op aanraden van de dienstverlener, elk een eigen arts aanstellen. Deze twee artsen zullen een derde arts aanstellen die slechts zal tussenkomen indien er geen akkoord kan worden bereikt tussen eerstgenoemden.

Indien zij niet tot een akkoord kunnen komen over deze aanstelling, zal de keuze gemaakt worden door de Voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de woonplaats van de verzekerde.

Iedere partij zal de erelonen en de onkosten betalen van de door haar aangestelde arts.

De erelonen en de kosten van de derde arts en van gespecialiseerde onderzoeken zullen door beide partijen elk voor de helft worden gedragen. Op straffe van nietigheid van hun beslissing mogen de artsen niet afwijken van de bepalingen van dit reglement en zijn bijvoegsels; hun beslissing is definitief voor beide partijen, zonder mogelijkheid tot beroep.

Hoofdstuk 18

Verval

Er is verval van rechten en mogelijkheid voor Vanbreda om de terugbetaling te eisen bij onrechtmatig uitgekeerde vergoedingen:

- bij het verergeren van de gevolgen van een ziekte of ongeval met opzet door de verzekerde of enig ander persoon die belang heeft bij de uitkering van de vergoeding, of doordat een voorgeschreven medische behandeling niet werd gevolgd;
- indien de verzekerde deelneemt aan een misdad of delict;
- indien de verzekerde een van zijn verplichtingen – zoals vastgelegd in dit reglement – niet naleeft en de risicodragers als gevolg daarvan schade heeft geleden; in dat geval kan de risicodragers, via de dienstverlener, aanspraak maken op een vermindering van zijn prestaties ter waarde van de geleden schade.

De risicodragers kan de dekking volledig weigeren indien de verzekerde zijn verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen. De risicodragers kan de verzekerde tijdelijk of definitief uitsluiten.

Hoofdstuk 19

Beroep

De risicodragers treden in de rechten die de verzekerde of de persoon die ze uitoefent zou kunnen laten gelden tegenover een aansprakelijke derde ter waarde van de vergoeding die uit onderhavig reglement wordt uitbetaald.

Op verzoek van Vanbreda zal de verzekerde deze subrogatie in een afzonderlijke akte hernieuwen.

Daarom kan de verzekerde of de persoon die zijn rechten uitoefent niet afzien van enig verhaal, zonder de schriftelijke toestemming van de risicodragers of zijn verzekeraar.

De risicodragers of zijn verzekeraar betaalt, binnen de grenzen van onderhavige polis, de kosten die worden aangegeven. Wanneer een derde partij tussenkomt (arbeidsongevallenverzekering, autoverzekering, BA-verzekering, enz.), mag de risicodragers of zijn verzekeraar de voorgeschoten sommen terugvorderen van deze derde partij.

Hoofdstuk 20

Adres en briefwisseling

De communicatie tussen de verzekerde en Vanbreda verloopt via de post of, op uitdrukkelijk verzoek van de verzekerde, via de applicatie op uw smartphone, via e-mail of Doccle. In geval van een geschil vormt een aangetekende brief een voldoende ingebrekestelling.

De verzending van een dergelijke brief wordt bewezen door het ontvangstbewijs van de post, zijn inhoud en door een kopie van de brief in het dossier van de dienstverlener.

De verzekerde verbindt zich ertoe elke correspondentie (al dan niet aangetekend) die de dienstverlener hem stuurt, in ontvangst te nemen.

De verzekerde is verplicht de dienstverlener in kennis te stellen van iedere adreswijziging in de loop van een schadegeval. Indien hij dat niet doet, wordt iedere brief verzonden naar en iedere dagvaarding betekend op het door hem opgegeven adres geldig verklaard.

De woonplaats van de partijen wordt van rechtswege gekozen, deze van de risicodragers is zijn maatschappelijke zetel en deze van de dienstverlener en van de verzekerde het opgegeven adres.

Hoofdstuk 21

Wijziging van de voorwaarden

Proximus mag deze algemene voorwaarden op elk moment wijzigen. De rechten van de verzekerden en de te volgen procedures worden bepaald door de voorwaarden die op het ogenblik van het schadegeval van toepassing zijn.

Hoofdstuk 22

Overgangsfase

In het kader van een overgang (toetreding tot het Proximus collectieve hospitalisatieplan niet-actieven 2021, komende van een andere collectieve of privé hospitalisatieverzekering), is het klassieke regime tussen verzekeraars van kracht. Om de kosten van de pre- en posthospitalisatie, de hospitalisatie zelf en de ambulante medische kosten voor een gedekte ernstige ziekte te vergoeden, zullen ze zich baseren op de datum waarop de kosten worden gemaakt; de kosten gemaakt tot de datum van overgang worden gestuurd naar de oude verzekeraar, de kosten gemaakt na de overgang worden gestuurd naar Vanbreda.

Hoofdstuk 23

Vrijwaringsclausule

Elk feit of elke betwisting die niet geregeld wordt door de clausules en de bepalingen van onderhavig reglement, zal in de mate van het mogelijke geregeld worden aan de hand van het officiële lastenboek van Proximus van 17 mei 2011. Wanneer ook dit lastenboek geen uitsluitel verschaft, zal in gemeenschappelijk overleg en in goede samenwerking tussen Proximus en de dienstverlener gezocht worden naar de voor elke partij meest bevredigende oplossing.

Alle partijen kunnen zich beroepen op de voorwaarden van het contract en het reglement in de door hen gekozen taal.

Indien echter een betwisting zou ontstaan, op grond van de verschillen tussen de Franse en de Nederlandse versie, zal de Franse versie uitsluitel geven om het eventuele geschil te beslechten.

11. Reglement hospitalisatieplan “Voorzorg+”



Inhoud

Hoofdstuk 1	
Algemeen	39
Hoofdstuk 2	
Waarborgen	39
Hoofdstuk 3	
Aansluiting - Uittreding	39
Hoofdstuk 4	
Premies	40
Hoofdstuk 5	
Bedragen van de tussenkomsten	40
Hoofdstuk 6	
Franchise	43
Hoofdstuk 7	
Slotbepaling	43

Hoofdstuk 1

Algemeen

Het hospitalisatieplan “Voorzorg+” is een uitbreiding en aanvulling van het hospitalisatieplan “Zekerheid”, voor de verzekerden die om persoonlijke redenen de voorkeur geven aan een verblijf in een eenpersoonskamer en in dat opzicht hun dekking willen uitbreiden tot de vergoeding van hun opleg voor verblijfkosten en ereloonsupplementen.

Dit plan is toegankelijk voor alle personen die onder de aansluitingsvoorwaarden vallen, opgesomd onder hoofdstuk 4 van het reglement voor het hospitalisatieplan “Zekerheid”. **Aansluiten bij het hospitalisatieplan “Voorzorg+” kan enkel bij de eerste toetreding tot het hospitalisatieplan voor niet-actieve medewerkers.**

Het hospitalisatieplan “Voorzorg+” is met andere woorden niet meer toegankelijk indien de verzekerde aanvankelijk voor het hospitalisatieplan “Zekerheid” koos. De reden ligt bij de verzekeringsprincipes die de aansluiting bij een polis of bij een uitbreiding van de waarborg, voor een gekend, aangetoond of verhoogd risico, uitsluiten.

Omgekeerd is het steeds mogelijk om op de jaarlijkse vervalldag over te stappen van het hospitalisatieplan “Voorzorg+” naar het hospitalisatieplan “Zekerheid”. Deze keuze is dan definitief.

De meerkost verbonden aan de uitbreiding van de waarborg van het hospitalisatieplan “Voorzorg+” is volledig ten laste van de verzekerde.

Het onderstaande reglement bevat uitsluitend de wijzigingen ten opzichte van het hospitalisatieplan “Zekerheid”. De andere bepalingen zijn eveneens van toepassing op het hospitalisatieplan “Voorzorg+”.

Hoofdstuk 2

Waarborgen

Bovenop de gedekte waarborgen in hoofdstuk 3 van het reglement met betrekking tot het hospitalisatieplan “Zekerheid” biedt het hospitalisatieplan “Voorzorg+” de volgende uitbreiding van de waarborgen:

2.1. De waarborg “Hospitalisatie - verblijfkosten” vastgelegd in hoofdstuk 3, punt 3.2 van het reglement met betrekking tot het hospitalisatieplan “Zekerheid” wordt als volgt aangevuld in het hospitalisatieplan “Voorzorg+”:

5) alle verblijfkosten en de opleg voor een verblijf om persoonlijke redenen in een eenpersoonskamer, ongeacht het type hospitalisatie (dagopname of zogenaamde ‘one-day-clinic’ en hospitalisatie van minstens één nacht).

2.2. De waarborg ‘Hospitalisatie - erelonen en kosten van de verstrekkingen’ vastgelegd in hoofdstuk 3, punt 3.3.2, tweede lid van het reglement met betrekking tot het hospitalisatieplan “Zekerheid” wordt als volgt gewijzigd in het hospitalisatieplan “Voorzorg+”:

In geval van een verblijf in een eenpersoonskamer: zowel bij een opname van minstens één nacht in het ziekenhuis als bij een dagopname (‘one-day-clinic’): alle ereloonsupplementen die aan de patiënt worden gevraagd voor de geneeskundige verstrekkingen tijdens het ziekenhuisverblijf.

Hoofdstuk 3

Aansluiting - uittreding

Alle personen bedoeld in hoofdstuk 4 “Verzekerden” van het reglement met betrekking tot het hospitalisatieplan “Zekerheid” krijgen éénmalig de mogelijkheid tot aansluiting bij deze aanvullende verzekering.

Er kan voor geopteerd worden bij op het ogenblik van de eerste aansluiting bij het Zekerheidsplan.

De aansluiting van de echtgeno(o)t(e) of de samenwonende partner bij het plan “Voorzorg+” is enkel mogelijk indien de niet-actieve medewerker aangesloten is bij datzelfde plan.

Het kind dat aan de toetredingsvoorwaarden vastgelegd in hoofdstuk 4 “Verzekerden” van het reglement met betrekking tot het hospitalisatieplan “Zekerheid” voldoet, wordt automatisch en gratis bij het plan “Voorzorg+” verzekerd.

De overlevende echtgeno(o)t(e) die beantwoordt aan de voorwaarden vastgelegd in hoofdstuk 4 “Verzekerden” van het reglement betreffende het Zekerheidsplan, heeft de mogelijkheid om het plan “Voorzorg+” te onderschrijven, ongeacht of hij/zij wel of niet van het gratis Zekerheidsplan geniet.

De niet-actieve medewerker en zijn echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner, verzekerd bij het aanvullende hospitalisatieplan “Voorzorg+”, kunnen op elk moment uittreden.

Deze beslissing is onherroepelijk.

Hoofdstuk 4

Premies

De maandelijkse individuele premie, te betalen om verzekerd te blijven bij het aanvullend plan "Voorzorg+", wordt bepaald naargelang de leeftijdscategorie tot

dewelke de verzekerde behoort; dit bedrag wordt verhoogd met de individuele premie te betalen om verzekerd te zijn bij het plan "Zekerheid" en bedraagt:

Maandelijkse premie 2021-2022-2023		Plan "Zekerheid"	Aanvullend plan "Voorzorg+"				
Maandelijkse persoonlijke bijdrage (betaling via domiciliëring)	Categorie van aangeslotene	Leeftijdscategorie	Premie Zekerheid	Premie Zekerheid	Supplement Voorzorg+	Totale maandelijkse premie Voorzorg+	
	Niet-actieve medewerker	00 - 24	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 0,92	= € 0,92
		25 - 64	€ 1,45	€ 1,45	+	€ 5,39	= € 6,84
		65 - 74	€ 2,27	€ 2,27	+	€ 12,97	= € 15,25
		75 - **	€ 4,14	€ 4,14	+	€ 16,17	= € 20,31
	Kind		€ 0,00	€ 0,00	+	€ 0,00	= € 0,00
	Begunstigde met gratis aansluiting tot het plan Zekerheid (sociale correctie)	00 - 24	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 0,92	= € 0,92
		25 - 64	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 5,39	= € 5,39
		65 - 74	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 12,97	= € 12,97
		75 - **	€ 0,00	€ 0,00	+	€ 16,17	= € 16,17
	Partner en overlevende partner	00 - 24	€ 2,25	€ 2,25	+	€ 1,00	= € 3,25
		25 - 64	€ 15,73	€ 15,73	+	€ 5,84	= € 21,57
		65 - 74	€ 24,70	€ 24,70	+	€ 14,07	= € 38,77
75 - **		€ 44,91	€ 44,91	+	€ 17,53	= € 62,44	

Voor het betalen van deze premie gelden dezelfde voorwaarden als die vastgelegd in hoofdstuk 7 "Premies" van het reglement hospitalisatieplan "Zekerheid".

De premie voor het plan "Voorzorg+" voor kinderen wordt volledig bekostigd door Proximus.

Hoofdstuk 5

Bedragen van de tussenkomsten

Voor de waarborgen "Hospitalisatie" en "Pre- en post-hospitalisatie" is de tussenkomst onbeperkt voor de kosten opgelopen in België, onder voorbehoud van de onderstaande bijzondere bepalingen.

Bij verblijf in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer.

Op basis van volgende elementen worden gedekte uitgaven ten laste genomen:

- gedekte medische prestaties met een RIZIV-nomenclatuurnummer die aanleiding geven tot een tussenkomst van het RIZIV; voor deze prestaties wordt een vergoeding terugbetaald van 100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de verkregen wettelijke tegemoetkoming voor de waarborgen "Hospitalisatie", "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten", met inbegrip van eventuele supplementen;
- gedekte medische prestaties die een RIZIV-nomenclatuurnummer hebben en gedekte geregistreerde geneesmiddelen die geen aanleiding geven tot een tussenkomst van het RIZIV (ingeval iemand niet in orde is met het ziekenfonds, bij overschrijding van de leef-

tijdsgrens die door de wet bepaald is voor bepaalde types van zorgverlening, indien iemand niet voldoet aan de wettelijke toekenningsvoorwaarden, enz.); voor deze prestaties wordt een vergoeding terugbetaald van 100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de fictief verkregen wettelijke tegemoetkoming voor de waarborgen "Hospitalisatie", "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten", met inbegrip van eventuele supplementen;

- gedekte medische prestaties die geen RIZIV-nomenclatuurnummer hebben; deze prestaties worden 100% terugbetaald onder de waarborg "Hospitalisatie" en 50% onder de waarborgen "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten".

Bij verblijf in een eenpersoonskamer

Op basis van de volgende elementen worden gedekte uitgaven ten laste genomen:

- gedekte medische prestaties met een RIZIV-nomenclatuurnummer die aanleiding geven tot een tussenkomst van het RIZIV; voor deze prestaties wordt een vergoeding terugbetaald van 100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de verkregen wettelijke tegemoetkoming voor de waarborgen "Hospitalisatie", "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten", met inbegrip van eventuele supplementen;

- gedekte medische prestaties die een RIZIV-nomenclatuurnummer hebben en geen aanleiding geven tot een tussenkomst van het RIZIV (ingeval iemand niet in orde is met het ziekenfonds, bij overschrijding van de leeftijdsgrens die door de wet bepaald is voor bepaalde types van zorgverlening, indien iemand niet voldoet aan de wettelijke toekenningsvoorwaarden, enz.); voor deze prestaties wordt een vergoeding terugbetaald van 100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en

het bedrag van de fictief verkregen wettelijke tegemoetkoming voor de waarborgen "Hospitalisatie", "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten", met inbegrip van eventuele supplementen.

- gedekte medische prestaties die geen RIZIV-nomenclatuurnummer hebben; deze prestaties worden 100% terugbetaald onder de waarborg "Hospitalisatie" en 50% onder de waarborgen "Pre- en posthospitalisatie" en "Ernstige ziekten".



Hospitalisatieplan Voorzorg+. Bedragen van de tussenkomst. Verblijf in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer				
Type van prestatie		Verblijf en verzorging in een ziekenhuisomgeving ⁽¹⁾	Ambulante zorgen ⁽²⁾	
			Pre- en posthospitalisatie	Ernstige ziekten
Supplementen voor verblijfkosten		Wettelijk verboden	Niet van toepassing	
Gedekte medische prestaties met een RIZIV-nr die worden terugbetaald door het RIZIV		100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de reëel verkregen wettelijke tussenkomst		
Gedekte medische prestaties met een RIZIV-nr die niet worden terugbetaald door het RIZIV ⁽³⁾		100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de fictief verkregen wettelijke tussenkomst		
Gedekte medische prestaties zonder een RIZIV-nr die niet worden terugbetaald door het RIZIV		100% van de kosten die ten laste blijven	50%	
Franchise	In geval van een hospitalisatie van minstens één nacht	€ 75,00	Niet van toepassing ⁽⁴⁾	
	In geval van een dagopname	€ 0,00	Niet van toepassing	

⁽¹⁾ Buiten de specifieke bepalingen met betrekking tot de franchise, laserchirurgie en keratotomie, en voor zover de prestaties vermeld zijn op de originele ziekenhuisfactuur.

⁽²⁾ Op voorwaarde dat zij werden voorgeschreven door een erkend zorgverlener en verband houden met de reden van de hospitalisatie of een gedekte ernstige ziekte.

⁽³⁾ Indien de deelnemer om welke reden dan ook geen wettelijke tussenkomst heeft ontvangen, zal een fictieve vergoeding in mindering gebracht worden die gelijk is aan de wettelijke tussenkomst waarin voorzien is door de Belgische sociale wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor werknemers.

⁽⁴⁾ De franchise is van toepassing op de gedekte hospitalisatiekosten en indien nodig op de te vergoeden pre- en posthospitalisatiekosten.

Hospitalisatieplan "Voorzorg+". Bedragen van de tussenkomst. Verblijf in een eenpersoonskamer.				
Type prestatie		Verblijf en verzorging in een ziekenhuisomgeving ⁽¹⁾	Ambulante zorgen ⁽²⁾	
			Pre- en posthospitalisatie	Ernstige ziekten
Supplementen voor verblijfkosten		100%	Niet van toepassing	
Gedekte medische prestaties met een RIZIV-nr die worden terugbetaald door het RIZIV		100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de reëel verkregen wettelijke tussenkomst		
Gedekte medische prestaties met een RIZIV-nr die niet worden terugbetaald door het RIZIV ⁽³⁾		100% van het verschil tussen het betaalde bedrag en het bedrag van de fictief verkregen wettelijke tussenkomst		
Gedekte medische prestaties zonder een RIZIV-nr die niet worden terugbetaald door het RIZIV		100% van de kosten die ten laste blijven	50%	
Franchise	In geval van een hospitalisatie van minstens één nacht	€ 250,00	Niet van toepassing ⁽⁴⁾	
	In geval van een dagopname	€ 100,00	Niet van toepassing	

⁽¹⁾ Buiten de specifieke bepalingen met betrekking tot de franchise, laserchirurgie en keratotomie, en voor zover de prestaties vermeld zijn op de originele ziekenhuisfactuur.

⁽²⁾ Op voorwaarde dat zij werden voorgeschreven door een erkend zorgverlener en verband houden met de reden van de hospitalisatie of een gedekte ernstige ziekte.

⁽³⁾ Indien de deelnemer om welke reden dan ook geen wettelijke tussenkomst heeft ontvangen, zal een fictieve vergoeding in mindering gebracht worden die gelijk is aan de wettelijke tussenkomst waarin voorzien is door de Belgische sociale wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor werknemers.

⁽⁴⁾ De franchise is van toepassing op de gedekte hospitalisatiekosten en indien nodig op de te vergoeden pre- en posthospitalisatiekosten.

Hoofdstuk 6

Franchise

Afhankelijk per geval, bedraagt de toegepaste individuele franchise voor het hospitalisatieplan “Voorzorg+”:

Hospitalisatieplan “Voorzorg+” – Franchise		
Franchise volgens de om persoonlijke redenen gekozen kamertype	Gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer	Eenpersoonskamer
<i>Franchise (per kalenderjaar)</i>	€ 75,00	€ 250,00
<i>Franchise one-day-clinic (per kalenderjaar)</i>	€ 0,00	€ 100,00

Bij een bezetting van een eenpersoonskamer in het plan “Voorzorg+” is de maximum franchise €250,00 per kalenderjaar en per verzekerde.

Hoofdstuk 7

Slotbepaling

Er wordt geen enkele andere uitzondering toegestaan op het reglement van het hospitalisatieplan “Zekerheid”.

