

Overeenkomst

■ Hospicare Flexible

Beroepsgebonden verzekering – Gezondheidszorgen

LANXESS nv

Hospicare Flexible

- Met bijstand in het buitenland
 - Met waarborg Delta
 - Met Medi-Assistance
- Gezondheidszorgen
 - Kader en personeel

Ingangsdatum: 01/01/2018
Klantnummer: KJ356
Interne referentie: z93/1521915 – L5N8N4 - CHOSP - N

INLEIDING

Welke documenten beheren de overeenkomst gezondheidszorgen?

– De bijzondere voorwaarden en hun bijlagen

Deze beschrijven de aansluitingsvoorwaarden, de waarborg, het bedrag van de premies en de wijze waarop de overeenkomst gezondheidszorgen gefinancierd wordt.

Ze vervullen en verduidelijken de algemene voorwaarden.

– De algemene voorwaarden

De algemene voorwaarden bevatten de bepalingen die van toepassing zijn op alle overeenkomsten gezondheidszorgen.

INHOUDSTAFEL

BIJZONDERE VOORWAARDEN VAN DE OVEREENKOMST GEZONDHEIDSZORGEN

1. Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst	1
2. Vorm van de overeenkomst	1
3. Beheer van de overeenkomst	1
4. Wie wordt aangesloten?	1
5. Einde van de aansluiting	2
6. Wat voorziet de overeenkomst gezondheidszorgen?	3
7. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance berekend?	6
8. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance georganiseerd ingeval van toepassing van Medi-Assistance?	7
9. Is er een plafond voor de terugbetaling van AG Insurance?	8
10. Hoeveel bedragen de premies en wanneer dienen ze betaald te worden?	8
11. Wie financiert de overeenkomst gezondheidszorgen?	9
12. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid toetreedt tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of met vervroegd pensioen gaat?	9
13. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid met pensioen gaat?	9
14. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid overlijdt?	10
15. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid in dienst blijft na de wettelijke pensioenleeftijd ?	10
16. Wat gebeurt er indien het verzekerd personeelslid en/of de gezinsleden het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen (beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst)?	11
17. Kan de werkgever de overeenkomst gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten?	12
18. Wat gebeurt er ingeval de werkgever zijn activiteiten stopzet?	12
19. Ziekenhuisopname in het buitenland en bijstand	13
20. Medi-Assistance - Bijkomende dienstverlening tijdens en na de hospitalisatie	18
21. Verwerking persoonsgegevens	20
22. Informatieverplichting	21
23. Behoeftanalyse	21

ALGEMENE VOORWAARDEN VAN DE OVEREENKOMST GEZONDHEIDSZORGEN

BIJZONDERE VOORWAARDEN VAN DE OVEREENKOMST GEZONDHEIDSZORGEN Klantnr. KJ356

1. Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst

De overeenkomst gezondheidszorgen wordt gesloten door

LANXESS nv
Haven 507
Scheldelaan 420
2040 Antwerpen
KBO nr. 0867.573.542

hierna "werkgever" genoemd.

De overeenkomst treedt in voege op 1 januari 2018.

2. Vorm van de overeenkomst

De overeenkomst gezondheidszorgen wordt gesloten in de vorm van een beroepsgebonden verzekering.

3. Beheer van de overeenkomst

De overeenkomst wordt beheerd door **AG Insurance nv**, Emile Jacquainlaan 53 - B-1000 Brussel, onderneming toegelaten onder code nr. 0079 RPR 0404.494.849.

4. Wie wordt aangesloten?

Elk lid van het personeel dat jonger is dan de wettelijke pensioenleeftijd en bij de werkgever in dienst is, wordt aangesloten bij de overeenkomst gezondheidszorgen vanaf de indiensttreding. De aansluiting is verplicht voor iedereen.

Voor een kaderlid worden alle leden van zijn gezin eveneens verplicht aangesloten.

Voor elk ander personeelslid worden zijn kinderen eveneens verplicht aangesloten. Het personeelslid kan de aansluiting van zijn partner vragen.

Onder gezinsleden en kinderen dient te worden verstaan:

- de echtgenoot van het personeelslid of de samenwonende levenspartner, van wie de identiteit door de werkgever wordt meegedeeld en dit vanaf het begin van de samenwoning. Deze aanvraag moet verantwoord worden door een domiciliëringsbewijs, afgegeven door het gemeentebestuur;
- alle ongehuwde kinderen jonger dan 25 jaar die recht geven op kinderbijslag;
- alle kinderen die recht hebben op een gehandicaptentoeelage.

De bepalingen van het huidige plan zijn ook van toepassing op het grenspersoneel en de aangesloten familieleden. Onder lid van het grenspersoneel verstaat men het personeelslid dat in een aan België grenzend land woont, in België tewerkgesteld is en aldus onderworpen is aan de Belgische Sociale Zekerheid.

Het grenspersoneel wordt gelijkgesteld met personeel gedomicilieerd in België.

De aansluiting is afhankelijk van de medische acceptatie door AG Insurance, overeenkomstig haar algemeen beleid ter zake. De aansluiting gaat in de eerste van de maand waarin de kandidaat-aangeslotene beantwoordt aan de aansluitingscriteria en, in voorkomend geval, medisch aanvaard werd.

Zolang minstens 15 personeelsleden aansluiten tot de overeenkomst gezondheidszorgen zijn de medische formaliteiten, de wachttijden en de uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen waarvan sprake in de punten 10, 11 en 12 van de algemene voorwaarden niet van toepassing.

De medische formaliteiten en de uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen waarvan sprake in de punten 10 en 12 van de algemene voorwaarden zijn echter wel van toepassing voor laattijdige aansluitingen. De aansluiting wordt als laattijdig beschouwd indien personen niet aangesloten werden binnen de drie maanden na de datum waarop zij aansluitbaar waren en die hun aansluiting nadien aanvragen.

In dit geval gaat de aansluiting in op de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met het verstrijken van een periode van 10 maand te rekenen vanaf de datum waarop de aanvraag werd ingediend en voor zover de persoon medisch aanvaard werd.

De medische formaliteiten en de uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen waarvan sprake in de punten 10 en 12 van de algemene voorwaarden zijn eveneens van toepassing voor de pasgeborene indien de aansluiting van de andere gezinsleden laattijdig gevraagd werd minder dan 3 maand vóór de geboorte van de pasgeborene. De aansluiting van de pasgeborene gaat ten vroegste in op de effectieve aansluitingsdatum van de andere gezinsleden.

De werkgever overhandigt aan elk aangesloten personeelslid een exemplaar van de bijzondere en de algemene voorwaarden.

5. Einde van de aansluiting

Zowel voor het personeelslid als voor zijn gezinsleden wordt de aansluiting beëindigd op de dag waarop het personeelslid niet meer effectief aan het werk is bij de werkgever ingevolge de stopzetting of schorsing van zijn arbeidsovereenkomst, in het bijzonder:

- ingevolge ontslagname of afdanking (in die gevallen wordt de aansluiting beëindigd op de dag die volgt op de laatste dag waarop het personeelslid effectief aan het werk was bij de werkgever);
- ingevolge overlijden;

Daarenboven stopt de aansluiting van de gezinsleden zodra zij niet meer beantwoorden aan de criteria bepaald onder punt 4.

De aansluiting wordt evenwel niet beëindigd:

- indien de arbeidsovereenkomst geschorst wordt ingevolge arbeidsongeschiktheid van het personeelslid;
- tijdens de thematische verloven (palliatieve zorg, medische bijstand en ouderschapsverlof), de premie voor het personeelslid en de gezinsleden is voor 100% ten laste van de werkgever;
- tijdens de volledige vrijwillige loopbaanonderbreking of tijdskrediet, kunnen zowel het personeelslid als zijn gezinsleden die reeds van de overeenkomst gezondheidszorgen genoten, aangesloten blijven voor een periode van maximum 24 maanden. De premie voor het personeelslid en de gezinsleden is voor 100% ten laste van het personeelslid.
- bij het toetreden tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage en bij de vervroegde pensionering en dit volgens de bepalingen van punt 12. hierna (personeel togetreden tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage en personeel met vervroegd pensioen);
- bij pensionering en dit volgens de bepalingen van punt 13. hierna (personeel met pensioen);
- bij overlijden van een personeelslid (al dan niet gepensioneerd) voor de leden van zijn gezin volgens de regels van punt 14. hierna (overlijden personeel).

6. Wat voorziet de overeenkomst gezondheidszorgen?

1. Waarborgen "Ziekenhuisopname" en ambulante geneeskundige zorgen "Pre- en posthospitalisatie"

A. Waarborg "Ziekenhuisopname"

De waarborg heeft betrekking op de ziekenhuisopnamen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling, om een curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke behandeling, te ondergaan.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten:

- van verblijf, medische erelonen, onderzoeken, behandelingen en van geneesmiddelen;
- van prothesen, orthopedische apparaten, medisch materiaal en medische hulpmiddelen.

op voorwaarde dat die kosten zijn gemaakt tijdens de ziekenhuisopname en rechtstreeks in verband staan met de oorzaak ervan.

Volgende prestaties zijn eveneens gedekt:

- in afwijking op punt 6.3. hieronder zijn de vruchtbaarheidsbehandelingen gewaarborgd, zoals hierna bepaald in punt 7. (terugbetaling van AG Insurance). De kosten voor de in vitro fertilisatie, in vitro maturatie en de ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) worden terugbetaald op voorwaarde dat bij het paar een diagnose van vruchtbaarheidsprobleem werd gesteld en beiden gedurende ten minste 12 maanden verzekerd zijn in hetzelfde contract. Deze termijn vangt aan op de ingangsdatum van de waarborg Delta;
- de verblijfskosten van de moeder of vader in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind voor zover het kind en één van beide ouders verzekerd zijn en de aanwezigheid van de ouder beschouwd wordt als medisch noodzakelijk door de behandelende geneesheer;
- de kosten van het aangepast vervoer naar het ziekenhuis (ook met helikopter) voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de aangeslotene een dringende opname in het ziekenhuis vereist;
- de verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;
- de kosten van palliatieve zorgen in het ziekenhuis;
- de plastische chirurgie in het kader van herstellende chirurgie;
- de wiegendoodtest;
- de kosten van medisch materieel;
- de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
- de cataractoperaties extra-muros in het kabinet van een oogarts die voldoet aan alle wettelijke voorschriften teneinde deze ingreep uit te voeren.

Bij een psychische of psychiatrische aandoening en voor al de types van depressie wordt de terugbetaling van de hierboven beschreven kosten beperkt tot een al dan niet onderbroken periode van maximum twee jaar.

B. Waarborg ambulante geneeskundige zorgen "Pre- en posthospitalisatie"

De waarborg heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die verstrekt worden tijdens de twee maanden die voorafgaan aan de ziekenhuisopname en de zes maanden na de opname en die in rechtstreeks verband staan met de oorzaak ervan.

De curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke kinesitherapie, voor zover deze geneeswijzen worden toegepast door een erkend kinesitherapeut, heeft betrekking op de waarborg die verstrekt wordt tijdens de twee maanden die voorafgaan aan de ziekenhuisopname en de 12 maanden na de opname en die in rechtstreeks verband staan met de oorzaak ervan.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten:

- van ambulante geneeskundige zorgen;
- van geneesmiddelen die voor de bovengenoemde periode zijn voorgeschreven;
- van kompressen en medisch verbandmateriaal, voor zover voorgeschreven door een arts voor de bovengenoemde periode en afgeleverd door een apotheek of erkend bandagist;
- van prothesen en orthopedische apparaten voor zover voorgeschreven door een arts voor de bovengenoemde periode.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) worden bijkomend gewaarborgd:

- de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur, voor zover deze geneeswijzen worden toegepast door een erkend geneesheer of kinesitherapeut;
- de homeopathische geneesmiddelen, voor de hierboven omschreven periode, voor zover voorgeschreven door een erkend geneesheer en afgeleverd door een in België gevestigde apotheker.

De vervoerskosten alsook de kosten van de huur en de aankoop van medisch materieel worden niet terugbetaald.

De waarborgen hebben betrekking op de ziekenhuisopnamen die ten vroegste op de aansluitingsdatum een aanvang nemen. De prehospitalisatieperiode begint ten vroegste vanaf die datum te lopen.

2. Waarborg ambulante geneeskundige zorgen ingeval van ernstige ziekten

De waarborg heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die rechtstreeks in verband staan met één van de hierna opgesomde ernstige ziekten waarvan de diagnose behoorlijk is vastgesteld:

Aids, amyotrofe lateraal sclerose, brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, monogenetische erfelijke metabole aandoeningen, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening behandeld met dialyse, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofieën, roodvonk, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus en paratyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Bechterew, ziekte van Creutzfeldt Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe. Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten:

- van ambulante geneeskundige zorgen;
- van geneesmiddelen en de huur van medisch materieel, voor zover voorgeschreven door een arts;
- van kompressen en medisch verbandmateriaal, voor zover voorgeschreven door een arts en afgeleverd door een apotheek of erkend bandagist;
- van prothesen en orthopedische apparaten voor zover voorgeschreven door een arts.

Worden bijkomend gewaarborgd:

- de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur, voor zover deze geneeswijzen worden toegepast door een erkend geneesheer of kinesitherapeut;
- de homeopathische geneesmiddelen, voor zover voorgeschreven door een erkend geneesheer en afgeleverd door een in België gevestigde apotheker;
- de palliatieve toestand die in het kader van de waarborg Delta gelijkgesteld wordt met een ernstige ziekte. Worden in dit geval terugbetaald, naast de kosten voor ambulante medische zorgen, de palliatieve thuiszorg of de zorgen in een erkend dagcentrum, op voorwaarde dat de verzekerde een palliatief thuiszorgforfait werd toegekend.

De vervoerskosten worden niet terugbetaald.

3. Opmerkingen

Overeenkomstig de beschrijving van de hiervoor vermelde waarborgen voorziet de overeenkomst niet in de terugbetaling van de kosten die onder meer voortvloeien uit:

- esthetische zorgen of behandeling, of zorgen met esthetisch oogmerk, met of zonder functionele stoornissen, behoudens voorafgaand akkoord van de adviserende arts van AG Insurance;
- kuurbehandelingen, bijvoorbeeld: thermalisme, thalassotherapie, hygiëno-dieetkuur;
- de bijstand, de oppas of het onderhoud van de aangeslotene;
- anticonceptie behandelingen (zoals sterilisatie);
- de medisch ondersteunende vruchtbaarheidsbehandeling (zoals kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie, in vitro maturatie), behoudens wat hierover bepaald is in punt 6.1.A. hierboven ;
- check-ups, preventieve opsporingsonderzoeken of raadplegingen voor zuigelingen.

Volgende behandelingen worden slechts terugbetaald na voorafgaandelijk akkoord van de adviserende arts van AG Insurance en mits voorlegging, ongeacht de oorzaak, van het medisch verslag dat de noodzaak van de ingreep aantoonst, de gebruikte techniek en het bestek:

- borstreconstructie, borstverkleining of borstplastie;
- behandelingen van de mandibulae of kaaksbeenderen;
- bariatrische chirurgie;
- chirurgie voor de correctie van de oogleden;
- chirurgie voor het herstel van de buik (abdominoplastie,...).

Onder “palliatieve toestand” dient te worden verstaan; de toestand van een persoon die zich in een terminale fase bevindt.

Onder “palliatieve zorgen” dient te worden verstaan: de behandeling verleend aan personen die zich in een terminale fase bevinden. Deze behandeling is gericht op de fysische en psychische noden van de patiënt en draagt ertoe bij een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren.

Onder “Palliatief thuiszorgforfait” dient te worden verstaan; de forfaitaire tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor palliatieve thuispatiënten zoals voorzien in het KB van 2 december 1999, bestemd voor patiënten van wie het overlijden op relatief korte termijn wordt verwacht en die ervoor gekozen hebben thuis te sterven. Het recht op deze tussenkomst wordt bekomen op eenvoudig medisch attest van de behandelende geneesheer.

Door het feit van de terugbetaling worden de rechten en vorderingen van de aangeslotene tegen het ziekenhuis of de zorgverstrekkers in de mate van de betaalde kosten op AG Insurance overgedragen.

7. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance berekend?

De terugbetaling van AG Insurance wordt als volgt berekend:

1. Van het bedrag van de gemaakte kosten die binnen de waarborg van de overeenkomst gezondheidszorgen vallen, worden afgetrokken:
 - de wettelijke tussenkomst;
Indien de aangeslotene om welke reden ook geen wettelijke tussenkomst geniet of er geen recht op heeft, wordt een fictief bedrag ten belope van de wettelijke tussenkomst afgetrokken.
 - de reeds ontvangen terugbetalingen van welke aard ook.
2. De homeopathische behandelingen, de behandelingen van chiropraxie, osteopathie, acupunctuur en de homeopathische geneesmiddelen, verstrekt tijdens de pre- en postperiode of naar aanleiding van een zware ziekte worden aan 50% terugbetaald.

De vruchtbaarheidsbehandelingen worden vergoed ten belope van maximum van 1.000,00 EUR per ingreep en van 2 ingrepen per verzekeringsjaar. Het totaal aantal terugbetaalde behandelingen bedraagt maximum 6 behandelingen per verzekerd paar. De uitbetaling gebeurt na voorlegging van het medisch getuigschrift en van de factuur van de behandelingen.

3. Er geldt één globaal terugbetalingsplafond van 5.000,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor de terugbetaling van de volgende prestaties:
 - *Onder de waarborg “ziekenhuisopname”:*
Prothesen, orthopedische apparaten, medisch materiaal en medische hulpmiddelen waarvoor er geen wettelijke tussenkomst is.
 - *Onder de waarborg “ambulante geneeskundige zorgen pre- en posthospitalisatie” of “ambulante geneeskundige zorgen ingeval van ernstige ziekten”:*
Prothesen en orthopedische apparaten waarvoor er geen wettelijke tussenkomst is.

Er geldt geen terugbetalingsplafond voor de hierboven vermelde prestaties indien er een wettelijke tussenkomst is.

4. De thuisbevalling (met inbegrip van een bevalling en/of verblijf in een geboortehuis of ieder hiermee vergelijkbare instelling) wordt forfaitair vergoed ten belope van 620,00 EUR. De eventuele vrijstelling wordt in mindering gebracht op het forfaitair bedrag.
5. De cataractoperaties extra-muros worden vergoed tot een maximum bedrag van 600,00 EUR (erelonen, lens, geneesmiddelen, producten, pre- en postkosten). Van dit bedrag van 600,00 EUR (of minder) wordt de eventuele vrijstelling in mindering gebracht.
6. In geval van hospitalisatie in het buitenland geldt het recht op prestatie wanneer tegelijk aan de drie volgende voorwaarden wordt voldaan:
 - de opname moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of de mutualiteit moet voorafgaandelijk haar akkoord gegeven hebben;
 - er moet een wettelijke tussenkomst zijn;
 - de verzekerde mag tijdens de 12 maanden voorafgaand aan het schadegeval, niet gedurende meer dan 3 opeenvolgende maanden in het buitenland verbleven hebben.

Indien aan een van deze drie voorwaarden niet is voldaan, wordt de terugbetaling van de door de overeenkomst gewaarborgde kosten beperkt tot 75,00 EUR, vermenigvuldigd met het aantal dagen ziekenhuisopname voor de hospitalisatiekosten. De kosten voor pre & post worden ten belope van 50% terugbetaald. De kosten i.v.m. ernstige ziekten worden niet vergoed.

U vindt de beschrijving van deze waarborg, die ten laste wordt genomen door onze bijstandsverlener in punt 19. "Ziekenhuisopname in het buitenland en Bijstand".

7. Van het totaal van de aldus berekende kosten (met inbegrip van het forfaitair bedrag voor een thuisbevalling) wordt geen vrijstelling afgetrokken.

Opmerkingen voor de leden van het grenspersoneel:

- Het begrip "buitenland" geldt noch voor België noch voor het woonland van de aangeslotene, m.a.w. de waarborg "ziekenhuis opname in het buitenland en bijstand" is er niet van toepassing.
- Punt 7.1 (Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance berekend?) van het plan wordt als volgt aangepast voor het grenspersoneel en de familieleden:

Van het bedrag van de gemaakte kosten die binnen de waarborg van de overeenkomst gezondheidszorgen vallen, worden afgetrokken:

- De werkelijk toegekende wettelijke tussenkomst hetzij de Belgische, hetzij deze van het woonland.
Indien de aangeslotene om welke reden ook, geen wettelijke tussenkomst geniet of er geen recht op heeft wordt:
 - i. een fictief bedrag ten belope van de Belgische wettelijke tussenkomst afgetrokken van de kosten die onder de waarborg "Ziekenhuisopname" vallen. De tussenkomst van AG Insurance wordt daarenboven beperkt tot 3 maal deze fictieve Belgische wettelijke tussenkomst.
 - ii. de tussenkomst van AG Insurance beperkt tot 50% van de gedekte ambulante kosten (pre- en posthospitalisatie en waarborg ernstige ziekten). Voor prothesen en orthopedische apparaten is in dit geval geen tussenkomst voorzien.
- De reeds ontvangen terugbetaling van welke aard ook.

8. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance georganiseerd ingeval van toepassing van Medi-Assistance?

Elke aangeslotene bij de overeenkomst gezondheidszorgen kan, in geval van hospitalisatie, beroep doen op het systeem van de derdebetaler georganiseerd door ons "service center" Medi-Assistance. De derdebetaler bij een hospitalisatie kan worden aangevraagd via het nummer vermeld op de My Health Care kaart of via de website <http://www.agemployeenefits.be>.

De verzekerde kan bovendien het advies vragen over:

- de waarborgen van zijn contract;
- de eventuele tenlasteneming door AG Insurance;
- de eventuele regeling via derdebetalersregeling met het ziekenhuis;
- de bijkomende dienstverlening.

Ingeval van toekenning van de derdebetaler zijn de bepalingen hernomen in de punten 2 en 3 van de algemene voorwaarden enkel van toepassing op de waarborgen ambulante geneeskundige zorgen "pre- en posthospitalisatie" en ernstige ziekten.

Als verzekerde en begunstigde van Medi-Assistance, ontvangt de verzekerde een My Health Care kaart. Op deze kaart staat heel wat nuttige informatie, zoals het telefoonnummer van het servicecenter waarnaar de verzekerde kan bellen. Op basis van de gegevens die op zijn kaart staan, zal de contactpersoon hem alle informatie kunnen verschaffen over zijn waarborgen (of van de persoon voor wie hij belt). Hij kan ook bevestigen of AG Insurance de hospitalisatiekosten ten laste neemt en de derdebetaler toekent. Het servicecenter stuurt hiervan een bevestiging naar de verzekerde. Ook het ziekenhuis ontvangt een kopie van de brief. Zo kan het administratieve dossier worden aangemaakt. Bij aankomst in het ziekenhuis overhandigt de verzekerde de ondertekende bevestigingsbrief aan het onthaal. Het ziekenhuis stuurt de factuur naar AG Insurance.

De factuur wordt rechtstreeks door ons geregeld, en de verzekerde hoeft ook geen voorschot te betalen aan het ziekenhuis.

De kosten die niet door de overeenkomst gedekt zijn, blijven ten laste van de verzekerde. We denken daarbij niet alleen aan de vrijstelling, maar ook aan comfortkosten. Onze diensten zullen deze kosten indien nodig na de hospitalisatie recupereren bij de verzekerde. In geval van niet-betaling van deze verschuldigde bedragen, zal een forfaitaire vergoeding ten belope van 12,50 EUR (index 111.31, augustus 2009 - basis 2004=100) verschuldigd zijn aan AG Insurance, van rechtswege en zonder ingebrekestelling. Deze vergoeding varieert ieder jaar op 1 januari in functie van de evolutie van de index der consumptieprijzen, op basis van de index van de maand december van het vorige jaar. In geen geval zal dit bedrag lager zijn dan 12,50 EUR.

De procedure verandert niet bij dringende hospitalisatie. De verzekerde zelf, een verwant of een personeelslid van het ziekenhuis, neemt contact op met ons servicecenter Medi-Assistance en dit tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Als aan de voorwaarden voldaan is, zal Medi-Assistance de bevestigingsbrief via e-mail of fax naar het ziekenhuis sturen, met bevestiging van de terugbetaling en de derdebetaler. Dit zal gebeuren de eerste werkdag die volgt op de aanvraag.

Indien de procedure van derdebetaler niet van toepassing is, worden de bepalingen hernomen in de punten 2 en 3 van de algemene voorwaarden toegepast op het geheel van de waarborgen van de overeenkomst.

De beschrijving van de bijkomende dienstverlening, die georganiseerd en ten laste genomen wordt door onze bijstandsverlener, vindt u in punt 20. (Medi-Assistance).

Voor het grenspersoneel beperkt het toepassingsgebied voor de dekking Medi-Assistance zich tot het Belgisch grondgebied.

9. Is er een plafond voor de terugbetaling van AG Insurance?

Behoudens wat bepaald is in punt 7, geldt er geen plafond voor de terugbetaling van AG Insurance.

10. Hoeveel bedragen de premies en wanneer dienen ze betaald te worden?

Bij de invoegetrede van de overeenkomst gezondheidszorgen bedragen de maandpremies (te verhogen met de taks en de RIZIV-bijdrage):

Premie volwassene	16,08 EUR
Premie kind (*)	8,04 EUR

* = kind jonger dan 21 jaar dat recht geeft op kinderbijslag

Een kind, jonger dan 25 jaar dat recht geeft op kinderbijslag, blijft aangesloten, maar vanaf de leeftijd van 21 jaar wordt de premie van een volwassene opgevraagd.

Voor de gehandicapte kinderen wordt vanaf 21 jaar de premie van een volwassene opgevraagd.

Voor de laattijdige aansluitingen zoals omschreven in punt 4. (aansluiting), worden de premies met 10% verhoogd.

De premies zijn maandelijks betaalbaar op het einde van elke maand.

Op elke jaarlijkse vervaldatum kan de premie aangepast worden op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen. Bovendien kan de premie op elke jaarvervaldag aangepast worden aan de kosten van de diensten die gedekt worden door de private ziektekostenverzekering op grond van het specifieke indexcijfer – waarborg éénpersoonskamer – indien en voor zover de evolutie van dit indexcijfer deze van het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt. De aanpassing gebeurt op basis van de verhouding tussen het globale indexcijfer van het 1ste trimester gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad eind mei van het jaar dat de vervaldag voorafgaat en het globale indexcijfer van het 1ste trimester dat een jaar vroeger in werking is getreden (4de trimester 2008 = 100).

Met uitzondering van de indexatie zoals hiervoor bepaald en behalve ingeval van wettelijke of regelgevende wijzigingen die de verzekeringsvoorwaarden beïnvloeden, zijn de premies hierboven tijdens de looptijd van deze overeenkomst gegarandeerd gedurende een periode van 2 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum.

11. Wie financiert de overeenkomst gezondheidszorgen?

De premies zijn ten laste van:

- de werkgever voor de verzekerden met verplichte aansluiting;
- de aangeslotene voor de verzekerden met facultatieve aansluiting.

Op elke maandelijkse vervaldag betaalt de werkgever de premies inclusief de taks en de RIZIV-bijdrage aan AG Insurance.

12. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid toetreedt tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of met vervroegd pensioen gaat?

Indien een personeelslid, dat bij de overeenkomst gezondheidszorgen is aangesloten, toetreedt tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of met vervroegd pensioen gaat, is de voortzetting van de aansluiting verplicht voor het personeelslid en voor zijn gezinsleden die op dat ogenblik bij de overeenkomst aangesloten zijn.

Voor de volwassenen wordt het bedrag van de premie (P), voorzien onder punt 10. hiervoor, aangepast in functie van de leeftijd van het personeelslid dat toetreedt tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of met vervroegd pensioen is.

Dit bedrag wordt vanaf 65 jaar: P x 3 EUR
70 jaar: P x 4 EUR

Tijdens de periode van toetreding tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag, vallen de premies zoals bepaald in punt 11 voor de verzekerden met verplichte aansluiting ten laste van de werkgever. De premies voor de verzekerden met facultatieve aansluiting vallen ten laste van de aangeslotene. Op elke maandelijkse vervaldag betaalt de werkgever de premies inclusief de taks en de RIZIV-bijdrage aan AG Insurance

Tijdens de periode van vervroegd pensioen, vallen de premies zoals bepaald in punt 11 voor de verzekerden met verplichte aansluiting ten laste van de werkgever. Op elke maandelijkse vervaldag betaalt de werkgever de premies inclusief de taks en de RIZIV-bijdrage aan AG Insurance.

De premies voor de verzekerden met facultatieve aansluiting vallen ten laste van de aangeslotene. De premies zijn halfjaarlijks vooraf betaalbaar op 1 januari en 1 juli van elk jaar via een individuele betalingsopdracht die rechtstreeks verstuurd wordt aan de vervroegd gepensioneerde.

13. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid met pensioen gaat?

Bij pensionering van een personeelslid dat bij de overeenkomst gezondheidszorgen is aangesloten, kan de aansluiting voortgezet worden voor het personeelslid en voor zijn gezinsleden die op dat ogenblik bij de overeenkomst aangesloten zijn. De premies zijn vanaf dat ogenblik ten laste van de gepensioneerde.

Voor de volwassenen wordt het bedrag van de premie (P), voorzien onder punt 10. hiervoor, aangepast in functie van de leeftijd van het personeelslid dat met pensioen is.

Dit bedrag wordt vanaf 65 jaar: P x 3 EUR
70 jaar: P x 4 EUR

De premies zijn ten laste van :

	Premie voor de gepensioneerde	Premie voor de gezinsleden
Ten laste van de werkgever	saldo	saldo
Ten laste van de gepensioneerde	P x 2	P x 2

Op elke maandelijkse vervaldag betaalt de werkgever de premies ter zijner laste inclusief de taks en de RIZIV-bijdrage aan AG Insurance.

De premies ten laste van de gepensioneerde zijn halfjaarlijks vooraf betaalbaar op 1 januari en 1 juli van elk jaar via een individuele betalingsopdracht die rechtstreeks verstuurd wordt aan de gepensioneerde.

14. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid overlijdt?

Bij overlijden van een personeelslid kunnen de leden van zijn gezin die bij de overeenkomst gezondheidszorgen aangesloten zijn, aangesloten blijven bij deze overeenkomst.

Voor de weduwe of de weduwnaar wordt het bedrag van de premie (P), voorzien onder punt 10. hiervoor, aangepast in functie van de leeftijd die het overleden personeelslid zou hebben bereikt.

Dit bedrag wordt vanaf 65 jaar: P x 3 EUR
70 jaar: P x 4 EUR

De premies zijn ten laste van de gezinsleden. Zij zijn halfjaarlijks vooraf betaalbaar op 1 januari en 1 juli van elk jaar via een individuele betalingsopdracht die rechtstreeks verstuurd wordt aan de weduwe of weduwnaar.

Voor de aangesloten kinderen zal de werkgever de premies doorbetalen zolang ze voldoen aan de aansluitingsvoorwaarden.

15. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid in dienst blijft na de wettelijke pensioenleeftijd ?

Indien een personeelslid, dat bij de overeenkomst gezondheidszorgen is aangesloten, in dienst blijft bij de werkgever na de wettelijke pensioenleeftijd, dan blijft hij aangesloten evenals de gezinsleden die op dat ogenblik reeds van de overeenkomst genieten.

De aansluiting wordt beëindigd op het ogenblik dat het personeelslid niet meer actief in dienst is bij de werkgever.

Bijgevolg wordt voor de volwassenen het bedrag van de premies (P), voorzien in punt 10. aangepast in functie van de leeftijd van het personeelslid.

Dit bedrag wordt vanaf 65 jaar: P x 3 EUR
70 jaar: P x 4 EUR

De premies zijn ten laste van:

- de werkgever voor de verzekerden met verplichte aansluiting;
- de aangeslotene voor de verzekerden met facultatieve aansluiting.

Op elke maandelijkse vervaldag betaalt de werkgever de premies inclusief de taks en de RIZIV-bijdrage aan AG Insurance.

16. Wat gebeurt er indien het verzekerd personeelslid en/of de gezinsleden het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen (beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst)?

Elke aangeslotene kan, ingeval van verlies van de beroepsgebonden dekking, een individuele verzekering gezondheidszorgen afsluiten, waarbij hij van volgende voordelen geniet:

- voor het individuele contract gelden geen medische formaliteiten of wachttijden;
- er zijn geen bijkomende uitsluitingen van voorafbestaande aandoeningen of bijkomende beperkingen van medische aard bij het sluiten van het individuele contract;
- de te betalen premie is die van het individuele tarief in overeenstemming met zijn leeftijd bij aansluiting bij de individuele verzekering.

De algemene voorwaarden zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de voortzetting, maar aangepast om rekening te houden met de bovengenoemde voordelen.

Informatie te verstrekken door de werkgever (of door de curator in geval van faillissement)

De werkgever brengt het verzekerd personeelslid ten laatste 30 dagen na het verlies van de beroepsgebonden dekking schriftelijk of elektronisch op de hoogte van:

- het **precieze tijdstip** van het verlies van de beroepsgebonden dekking; overeenkomstig punt 5. van deze overeenkomst is dit de dag waarop het personeelslid niet meer effectief aan het werk is bij de werkgever ingevolge de stopzetting of de schorsing van zijn arbeidsovereenkomst;
- de **mogelijkheid** om de verzekering **individueel voort te zetten**;
- de **contactgegevens** van AG Insurance;
- de **termijn van 30 dagen** waarbinnen het verzekerd personeelslid en in voorkomend geval de gezinsleden, het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen: deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van huidig schrijven vanwege de werkgever. In dit schrijven wijst de werkgever er eveneens op dat het verzekerd personeelslid deze termijn met 30 dagen kan verlengen, op voorwaarde dat hij AG Insurance hiervan schriftelijk of elektronisch in kennis stelt.

Toekenningsvoorwaarden

Deze voordelen worden verleend, zowel aan het verzekerd personeelslid als aan de eventuele gezinsleden indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a. Het personeelslid moet gedurende de twee jaren die voorafgaan aan het verlies van de beroepsgebonden waarborg, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende overeenkomsten gezondheidszorgen, afgesloten bij een verzekeringsonderneming.

Voor het verzekerd personeelslid en de eventuele gezinsleden is deze voorwaarde niet van toepassing ingeval van pensionering, stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage, overlijden of ingeval van stopzetting van de activiteiten van de werkgever, voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan.

Voor de eventuele gezinsleden geldt deze voorwaarde evenmin ingeval van echtscheiding of voor het kind dat niet langer aan de aansluitingsvoorwaarden voldoet, en voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan. De aanvraag moet betrekking hebben op alle aangeslotenen van eenzelfde gezin die op hetzelfde tijdstip het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen.

- b. De aanvraag tot individuele voortzetting moet hetzij schriftelijk, hetzij elektronisch ingediend worden binnen 30 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van de informatie uitgaande van de werkgever, of, in geval van faillissement of vereffening, van de curator respectievelijk de vereffenaar met betrekking tot de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Hiertoe worden door AG Insurance specifieke documenten ter beschikking gesteld.

Het individuele contract moet in voege treden op de dag waarop de aansluiting bij de overeenkomst gezondheidszorgen beëindigd wordt.

Een verzekerd gezinslid dat het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt over een termijn van 105 dagen om de individuele voortzetting aan te vragen. Deze termijn begint te lopen vanaf het ogenblik waarop het gezinslid het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest.

Het recht op individuele voortzetting vervalt hoe dan ook, zowel voor de aangeslotene als voor het verzekerde gezinslid, indien de voortzetting niet is aangevraagd bij AG Insurance binnen een termijn van **105 dagen** te rekenen vanaf de dag waarop de aangeslotene of het gezinslid het voordeel van de beroepsgebonden dekking heeft verloren.

- c. De verzekerde waarborg van de individuele voortzetting is gelijksoortig met die van de beroepsgebonden overeenkomst gezondheidszorgen.

Bij beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst gezondheidszorgen zal AG Insurance slechts de kosten van ziekenhuisopname en ambulante medische verzorging vergoeden die gemaakt werden tijdens de verzekerde periode.

Bijzonder geval van een aan de gang zijnde ziekenhuisopname:

Wanneer de aansluiting van een personeelslid wordt beëindigd zonder dat de overeenkomst gezondheidszorgen is opgezegd, zal AG Insurance overeenkomstig punt 7. (terugbetaling van AG Insurance) de kosten terugbetalen van de op dat ogenblik aan de gang zijnde ziekenhuisopname en dit gedurende maximum 180 dagen, vanaf de beëindiging van de aansluiting.

17. Kan de werkgever de overeenkomst gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten?

Op het einde van elk verzekeringsjaar kan de werkgever de overeenkomst gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten, binnen de perken van de algemene voorwaarden.

Bij elke wijziging maakt AG Insurance een genummerde bijlage bij de bijzondere voorwaarden op, die aan de werkgever wordt overhandigd.

De werkgever bezorgt een kopie daarvan aan elk aangesloten personeelslid.

18. Wat gebeurt er ingeval de werkgever zijn activiteiten stopzet?

Indien de werkgever zijn activiteiten stopzet en de verplichtingen niet worden overgenomen door een andere werkgever, wordt de overeenkomst gezondheidszorgen eveneens beëindigd. Het personeelslid en de eventuele gezinsleden blijven het recht op voortzetting behouden volgens de voorwaarden bepaald in punt 16.

19. Ziekenhuisopname in het buitenland en bijstand

Voor deze waarborg doen wij beroep op de bijstandsverlener INTER PARTNER ASSISTANCE, hierna de bijstandsverlener genoemd.

Ze wordt geregeld door dezelfde algemene en bijzondere voorwaarden, onder voorbehoud van de hierna volgende bepalingen. Deze waarborg geldt enkel in het buitenland.

I. DEFINITIES

Bevoegde medische autoriteit

De beoefenaars van de medische praktijk die erkend worden door de Belgische wetgeving of de wetgeving in voege in het betrokken land.

Bijstandsverlener

INTER PARTNER ASSISTANCE nv, verzekeringsonderneming waarvan de maatschappelijke zetel gelegen is te 1050 Brussel, Louizalaan 166, toegelaten onder het codenummer 0487 bij de Nationale bank van België (1000 Brussel, de Berlaimontlaan 14) en de FSMA (1000 Brussel, Congresstraat 12-14) RPR 0415.591.055. Inter Partner Assistance is een verzekeringsonderneming die de volgende verzekeringstakken uitoefent: 01a (Ongevallen behalve arbeidsongevallen), 02 (Ziekte), 03 (Voertuigcasco), 09 (Andere schade aan goederen), 13 (Algemene BA), 16 (Diverse geldelijke verliezen), 17 (Rechtsbijstand) en 18 (Bijstand).

Gezondheidsevacuatie

Het ziekentransport van een zieke of gekwetste verzekerde, eventueel bijgestaan door medisch personeel (geneesheer/verpleger), naar een verpleeginrichting in België of in het buitenland.

Een gezondheidsevacuatie zal alleen in medische noodgevallen toegepast worden en wanneer de aangepaste verzorging ter plaatse onmogelijk is.

Hotelkosten

De kosten van de kamer en het ontbijt.

Medisch incident

Een ziekte of ongeval overkomen aan een verzekerde.

Ongeval

Een plotselinge gebeurtenis, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, met een lichamelijk letsel of kwetsuur als gevolg, vastgesteld door een bevoegde medische autoriteit en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken extern is aan het organisme van het slachtoffer.

Repatriëring

Het repatriëren van de verzekerde(n) naar de wettelijke woonplaats in België.

Verzekerde(n)

De personen vermeld in de bijzondere voorwaarden van het onderschreven contract en die gedurende de 12 maanden voorafgaand aan het schadegeval, niet in het buitenland verbleven hebben gedurende meer dan 3 maanden.

Ziekte

De aantasting van de fysieke of mentale gezondheid, vastgesteld door een medische autoriteit en dat objectieve symptomen met zich meebrengt; de aantasting van de gezondheid mag niet te wijten zijn aan een ongeval.

II. BIJSTAND AAN PERSONEN

De prestaties voor bijstand ingeval van een medisch incident zijn verworven tengevolge van ziekte of ongeval overkomen aan de verzekerde.

2.1. Opzoekings- en reddingskosten

De bijstandsverlener vergoedt in geval van medisch incident de opzoekings- en reddingskosten om het leven of de fysieke integriteit van een verzekerde te redden tot een maximumbedrag van 5.000,00 EUR per schadegeval, op voorwaarde dat de redding het gevolg is van een beslissing genomen door de bevoegde plaatselijke autoriteiten of officiële hulporganisaties.

De bijstandsverlener moet uitdrukkelijk en zonder verwijl van de gebeurtenis verwittigd worden en een attest van de plaatselijke autoriteiten en hulpdiensten moet haar overgemaakt worden.

2.2. Medische bijstand

Indien een medisch incident overkomt aan de verzekerde, stelt het medisch team van de bijstandsverlener zich onmiddellijk na de eerste oproep, in verbinding met de behandelende geneesheer ter plaatse teneinde tussen te kunnen komen in de beste omstandigheden, aangepast aan de toestand van de verzekerde.

Op verzoek van de verzekerde organiseert de bijstandsverlener de communicatie tussen de behandelende arts in het buitenland en de huisarts.

In elk geval gebeurt de organisatie van de eerste hulp door plaatselijke instanties.

2.3. Ter plaatse zenden van een arts

Tengevolge van een medisch incident en wanneer het team van de bijstandsverlener zulks nodig acht, mandateert de bijstandsverlener een arts of een medisch team om zich naar de verzekerde te begeven om de te nemen maatregelen beter te beoordelen en ze te organiseren.

2.4. Repatriëring of vervoer tengevolge van een ziekte of een ongeval

Indien de verzekerde gehospitaliseerd is tengevolge van een ziekte of een lichamelijk ongeval en indien het medisch team van de bijstandsverlener het nodig acht hem te vervoeren naar een medisch centrum dat beter uitgerust is, meer gespecialiseerd is of dichterbij zijn woonplaats in België, organiseert de bijstandsverlener en neemt zij ten laste de repatriëring of het transport om gezondheidsredenen van de zieke of gekwetste verzekerde, onder medische bewaking indien nodig, en volgens de ernst van het geval. Dit transport gebeurt per:

- spoorweg (1ste klasse);
- licht sanitair voertuig;
- ziekenwagen;
- lijnvliegtuig, economische klasse met bijzondere aanpassing indien nodig;
- sanitair vliegtuig;

tot in het ziekenhuis in de buurt van de woonplaats van de verzekerde in België of, indien de staat van de verzekerde niet noopt tot hospitalisatie, tot aan zijn woonplaats.

Indien de gebeurtenis plaats heeft buiten Europa en de omliggende landen van de Middellandse Zee, zal het transport enkel per lijnvliegtuig gebeuren.

De beslissing tot transport en van de wijze waarop wordt genomen door de arts van de bijstandsverlener en zulks enkel in functie van de technische en medische belangen. De arts van de bijstandsverlener moet voor ieder transport zijn toestemming gegeven hebben.

De bijstandsverlener mag eveneens vragen aan de verzekerde om zijn oorspronkelijk vervoerbewijs te gebruiken indien dit mogelijk is.

Indien deze vraag niet gesteld is en wanneer de bijstandsverlener de terugkeer voor zijn rekening genomen heeft, is de verzekerde verplicht om zijn niet gebruikt vervoerbewijs aan de bijstandsverlener over te maken van zodra hij terug is.

2.5. Terugbetaling van medische kosten tengevolge van een medisch incident in het buitenland

De bijstandsverlener neemt de kosten voortvloeiend uit de verzorging ontvangen in het buitenland voor haar rekening voor zover deze het gevolg zijn van een medisch incident en dit na tussenkomst van de prestaties van elke derde-betaler.

Deze waarborg omvat:

- de medische en heelkundige erelonen;
- de door een plaatselijke arts of chirurg voorgeschreven geneesmiddelen;
- de hospitalisatiekosten in zoverre de verzekerde volgens het oordeel van de artsen van de bijstandsverlener niet mag vervoerd worden;
- de kosten voor een plaatselijk traject per ziekenwagen bevolen door een arts.

Worden niet terugbetaald:

- de tussenkomsten en behandelingen van esthetische aard;
- de medische kosten aangegaan in België, of ze nu al dan niet voortvloeien uit een ongeval of een ziekte opgelopen in het buitenland;
- de kosten van preventieve geneeskunde en kuurbehandelingen;
- de behandelingen die niet erkend zijn door de Belgische sociale zekerheid;
- de kosten voor brillen, contactlenzen, medische apparaten en van prothesen in het algemeen, met uitzondering van deze die het gevolg zijn van een ziekenhuisopname in het buitenland;
- de kosten voortvloeiend uit het gebruik van verdovende middelen (tenzij op voorschrift) of uit alcoholmisbruik, de kosten als gevolg van een klaarblijkelijk roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- elke vraag voor tussenkomst die niet geformuleerd werd op het ogenblik van de gebeurtenis met uitzondering van de medische kosten in het buitenland.

Voorwaarden voor terugbetaling van de medische zorgen:

- A. De ziekenhuisopname in het buitenland moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of er moet een voorafgaandelijk akkoord met de mutualiteit gesloten zijn.
- B. Deze tenlastenemingen en/of terugbetalingen komen in aanvulling op de terugbetalingen en/of tenlastenemingen bekomen door de verzekerde of zijn rechthebbende bij de sociale zekerheid en elke andere organisatie van voorzorg waarbij hij is aangesloten.
- C. De tenlastenemingen en/of terugbetaling van de kosten voor behandeling gebeurt volgens het openbaar stelsel. De tenlasteneming en/of terugbetaling van kosten voor behandeling volgens het privé-stelsel gebeurt slechts als de technische of medische gegevens dit rechtvaardigen en nadat de medische dienst van de bijstandsverlener voorafgaandelijk zijn akkoord daaromtrent heeft gegeven.

D. Wanneer de verzekerde geen recht heeft op wettelijke tegemoetkomingen bij de sociale zekerheid of bij elke andere organisatie van voorzorg, dan komt de bijstandsverlener enkel tussen in de terugbetaling van de medische kosten ten belope van 50%.

Betalingsmodaliteiten van de medische kosten:

Ingeval van ziekenhuisopname in het buitenland neemt de bijstandsverlener de medische kosten rechtstreeks ten laste. In dat geval verplicht de verzekerde zich ertoe om binnen een termijn van 2 maand volgend op de ontvangst van de facturen, de nodige stappen te ondernemen voor de terugbetaling van deze kosten door de sociale zekerheid of door elke andere organisatie van voorzorg waarbij hij is aangesloten. De aldus bekomen bedragen worden overgemaakt aan de bijstandsverlener.

Indien de verzekerde de kosten zelf heeft ten laste genomen, worden deze door de bijstandsverlener vergoed bij zijn terugkeer in België, na verhaal op de sociale zekerheid of bij elke andere organisatie van voorzorg en dit op voorlegging van alle originele bewijsstukken.

2.6. Het opsturen van geneesmiddelen, prothesen en brillen

Wanneer de verzekerde zich, ingevolge een medisch incident, bevindt zonder de noodzakelijke geneesmiddelen, prothese of bril en indien gelijkaardige of dezelfde geneesmiddelen, prothese of bril ter plaatse niet gevonden kunnen worden, maar wel in België, dan organiseert de bijstandsverlener het zoeken, verzenden en ter beschikking stellen ervan op voorschrift van een bevoegde medische autoriteit, dit na voorafgaandelijk akkoord van haar medische dienst.

Hun aankoopprijs, eventueel vermeerderd met de douanekosten, blijft ten laste van de verzekerde, tenzij dit valt onder de waarborg van dit contract zoals onder punt 2.5. hierboven beschreven.

2.7. Kosten van repatriëring van de andere verzekerden in geval van een gezondheidsevacuatie of van overlijden van een verzekerde in het buitenland

Ingeval van een gezondheidsevacuatie of van overlijden van een verzekerde in het buitenland, organiseert de bijstandsverlener en neemt zij ten laste, tot aan hun woonplaats in België, de vervroegde terugkeer van de overige verzekerden per trein 1e klasse (afstand tot woonplaats kleiner dan 1000 km) of per lijnvliegtuig economische klasse (afstand tot woonplaats groter dan 1000 km).

Deze waarborg is van toepassing voor zover de overige verzekerden geen gebruik kunnen maken van hetzelfde vervoermiddel als voor de heenreis of niet naar België kunnen terugkeren op eigen kracht of met een vervangingsbestuurder.

De bijstandsverlener kan eveneens vragen aan de verzekerde om zijn oorspronkelijk voorziene vervoerbewijs te gebruiken. Indien dit verzoek niet geformuleerd is en wanneer de bijstandsverlener de terugreis voor haar rekening neemt, is de verzekerde verplicht om het ongebruikt vervoerbewijs van zodra hij terug is, over te maken aan de bijstandsverlener, die er de eigendom van verwerft.

2.8. Bezoek aan een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis

Indien de verzekerde wordt opgenomen in het buitenland ten gevolge van een medisch incident en de door de bijstandsverlener gemandateerde artsen adviseren om hem de eerste 5 dagen niet te vervoeren, dan organiseert en neemt de bijstandsverlener voor haar rekening:

- hetzij een reis (heen en terug) van een familielid of van een aanverwant, verblijvend in België, om zich bij de zieke of de gekwetste teervoegen;
De hotelkosten ter plaatse van deze persoon zijn voor rekening van de

bijstandsverlener tot een maximumbedrag van 65,00 EUR per dag, dit gedurende maximum 10 dagen, en na voorlegging van de originele bewijsstukken.

- hetzij, de kosten voor het verlengen van het verblijf van een persoon die de verzekerde begeleidt, ten belope van hetzelfde bedrag en onder dezelfde voorwaarden.

2.9. Repatriëring na overlijden van een verzekerde tijdens een reis

Bij overlijden van een verzekerde in het buitenland en indien de familie beslist tot teraardebestelling in België, zal de bijstandsverlener het vervoer organiseren van het stoffelijk overschot en neemt zij ten laste:

- de kosten van de lijkverzorging;
- de kosten van de kisting ter plaatse;
- de kosten van de kist voor 620,00 EUR maximum;
- de kosten voor de repatriëring van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de plaats van teraardebestelling in België.

De kosten voor de begrafenisplechtigheid en de teraardebestelling in België worden niet door de bijstandsverlener ten laste genomen.

Indien de familie kiest voor een teraardebestelling ter plaatse in het buitenland zal de bijstandsverlener dezelfde prestaties organiseren en de kosten ten laste nemen zoals reeds hierboven vermeld.

Daarenboven organiseert en neemt de bijstandsverlener ook de reis (heen en terug) ten laste van een familielid met woonplaats in België per trein 1ste klasse (afstand naar woonplaats kleiner dan 1000 km) of per lijnvliegtuig economische klasse (afstand naar woonplaats groter dan 1000 km) om zich op de plaats van de teraardebestelling te begeven.

Ingeval van crematie ter plaatse in het buitenland met ceremonie in België, neemt de bijstandsverlener de repatriëring van de asurn ten laste. De tussenkomst van de bijstandsverlener is in elk geval beperkt tot de kosten van de repatriëring van het stoffelijk overschot naar België.

De keuze van de firma's die tussenkomen in de procedure van repatriëring behoort uitsluitend toe aan de bijstandsverlener.

De bijstandsverlener zal eveneens in dit geval de niet-gebruikte vervoerbewijzen, die haar eigendom worden, mogen opvragen.

III. Melding van een ziekenhuisopname in het buitenland

In geval van ziekenhuisopname in het buitenland dient de melding te gebeuren binnen de 24 uur op het telefoonnummer +32(0) 78 15.11.70 (24u/24u) van INTER PARTNER ASSISTANCE.

20. Medi-Assistance - Bijkomende dienstverlening tijdens en na de hospitalisatie

Voor deze waarborg doen wij een beroep op onze bijstandsverzekeraar INTER PARTNER ASSISTANCE, hierna de bijstandsverlener genoemd. AG Insurance behoudt zich het recht voor van bijstandsverlener te veranderen voor de uitvoering van de voorziene prestaties.

De algemene en bijzondere voorwaarden, zijn van toepassing, onder voor behoud van de hiernavolgende bepalingen.

I. DOEL EN OMVANG VAN DE BIJSTAND

1. Doel

De bijstandsverlener verzekert, tot het plafond van de aangegeven bedragen, belastingen inbegrepen, een bijstandsdienst in geval van hospitalisatie in België gedekt door dit contract.

Op verzoek van de verzekerde kunnen de verleende prestaties verlengd worden tot boven de limieten van de waarborg. De kosten betreffende de verlengingen zullen volledig gedragen worden door de verzekerde.

2. Verzekeringsgebied

De bijstandsdienst wordt verleend in België. Hij wordt gepresteerd in de wettelijke woonplaats of de woonplaats gekozen door de verzekerde.

II. VOORWAARDEN TOT VERLENEN VAN DE BIJSTANDSDIENST

De hospitalisatie die aanleiding geeft tot het verlenen van de aanvullende diensten moet aangegeven worden bij het **service center Medi-Assistance** door de verzekerde of een persoon uit zijn omgeving in geval van spoedhospitalisatie.

Na dit telefonisch onderhoud stelt de verzekerde zich in verbinding met de bijstandsverlener die de overeengekomen prestaties organiseert. Het verzoek tot toegang tot de diensten moet ingediend worden uiterlijk binnen de 30 dagen die volgen op het einde van de hospitalisatie en moeten, met uitzondering van de diensten vermeld in punt III.3. hierna, worden opgenomen vóór het verstrijken van de gewaarborgde posthospitalisatieperiode.

III. BIJSTAND IN BELGIE

1. Tijdens de hospitalisatie

Tijdens de hospitalisatie organiseert en neemt de bijstandsverlener de hierna aangeboden prestaties op zich tot vijf prestaties per verzekeringsjaar in totaal, met een maximumduur van 4 uur elk, te kiezen uit:

1.1. Huishoudhulp

Indien een verzekerde in een verpleeginrichting in België opgenomen moet worden en op geen enkel ander persoon een beroep gedaan kan worden voor het onderhoud van zijn woning, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kosten op zich voor een huishoudhulp voor maximum 4 uur per prestatie.

1.2. Kinderoppas

Indien een verzekerde, vader of moeder van een kind jonger dan 16 jaar, in een verpleeginrichting opgenomen moet worden in België en op geen enkel ander persoon een beroep gedaan kan worden voor de kinderoppas, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kinderoppas op zich voor maximum 4 uur per prestatie.

1.3. Oppas van huisdieren

Ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, organiseert en neemt de bijstandsverlener de oppas of de dagelijkse wandeling op zich van de huisdieren (honden en katten) voor maximum 4 uur per prestatie.

1.4. Vervoer

Vervoer naar het ziekenhuis

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde zich naar het ziekenhuis moet begeven op eigen krachten, organiseert en neemt de bijstandsverlener het transport op zich op verzoek van de verzekerde, tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, onder medisch toezicht indien nodig.

En indien, na afloop van de hospitalisatie, de verzekerde zich niet kan verplaatsen op eigen krachten, organiseert en neemt de bijstandsverlener het vervoer naar zijn woning op zich.

Bezoek van de verzekerde in het ziekenhuis

Ten gevolge van een gedekte hospitalisatie organiseert en neemt de bijstandsverlener het vervoer op zich van en naar het ziekenhuis van de ouders (vader, moeder, echtgenoot(-ote)) of van de kinderen om zich naar de verzekerde te begeven.

Voor het totaal van de hierboven beschreven vervoerprestaties, is de tegemoetkoming van de bijstandsverlener beperkt tot drie verplaatsingen heen en terug voor één enkele hospitalisatieperiode en voor 250,00 EUR maximum per verzekeringsjaar en per verzekerde. Als referentie voor de berekening van dit plafond wordt rekening gehouden met het verzekeringsjaar waarin de ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden.

2. Na de hospitalisatie

Na de opname in een verpleeginrichting in België organiseert en neemt de bijstandsverlener de hierna vermelde aangeboden prestaties ten laste. Deze prestaties dienen aangevraagd te worden binnen de 30 dagen die volgen op het einde van de hospitalisatie. De verzekerde kan tot vijf prestaties in totaal per verzekeringsjaar voor een duur van maximum 4 uur elk, te kiezen uit:

2.1. Huishoudhulp

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde niet in staat is om alleen het huishouden voor zijn rekening te nemen, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kosten van een huishoudhulp ten laste voor maximum 4 uur per prestatie.

2.2. Levering van aankopen van eerste noodwendigheid

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde niet in staat is om zich te verplaatsen en geen enkele andere persoon kan tussenkomen, organiseert de bijstandsverlener de levering van de geneesmiddelen voorgeschreven op doktersvoorschrift en/of de aankopen van voedingswaren van eerste noodwendigheid.

De kosten betreffende de aankoop zelf blijven ten laste van de verzekerde.

2.3. Kinderoppas

Indien een verzekerde, vader of moeder van een kind jonger dan 16 jaar, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie niet in staat is om op zijn kinderen te passen en op geen enkel ander persoon beroep gedaan kan worden voor de kinderopas, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kinderopas op zich voor maximum 4 uur per prestatie.

2.4. Oppas van huisdieren

Ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, organiseert en neemt de bijstandsverlener het toezicht of de dagelijkse wandeling op zich van de huisdieren (honden en katten) voor maximum 4 uur per prestatie.

2.5. Postnatale zorg

Na afloop van de hospitalisatie organiseert en neemt de bijstandsverlener de kosten op zich van een vroedvrouw voor maximum 4 uur per prestatie.

2.6. Reisweg van de kinderen

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde niet in staat is om zijn kinderen te vervoeren, organiseert en neemt de bijstandsverlener het vervoer op zich voor het brengen en halen van de kinderen jonger dan 16 jaar naar en van school.

2.7. Vervoer van de verzekerde

Indien, ten gevolge van een hospitalisatie, de verzekerde zich niet kan verplaatsen op eigen krachten, organiseert en neemt de bijstandsverlener zijn vervoer op zich van en naar het hospitaal of medisch centrum voor de controlebezoeken.

De tussenkomst van de bijstandsverlener is beperkt tot drie verplaatsingen heen en terug voor één enkele hospitalisatieperiode en tot maximum 250,00 EUR per verzekeringsjaar en per verzekerde. Als referentie voor de berekening van dit plafond wordt rekening gehouden met het verzekeringsjaar waarin de ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden.

3. Bijkomende bijstand

3.1. Psychologische bijstand

De bijstandsverlener stelt de verzekerden een telefonische bijstandsdienst ter beschikking 24 uur op 24, 7 dagen op 7, bestemd om "on line" een eerste psychologische bijstand te verlenen en zal hem, indien nodig, oriënteren naar een gespecialiseerde bijstandsinstelling.

Op verzoek van de verzekerde, ten gevolge van privé- of professionele problemen, deelt de bijstandsverlener de gegevens mee van onderlinge-bijstandsverenigingen gespecialiseerd in psychologische bijstand.

3.2. Telefonische inlichtingen voor posthospitalisatiezorg

Op verzoek van de verzekerde, stelt de bijstandsverlener de verzekerde ter beschikking:

- de gegevens van paramedische verzorgingsinstellingen;
- de gegevens van de te contacteren apotheker en wachtgeneesheer;
- de gegevens van de thuisverzorgingsinstellingen;
- de gegevens van ondernemingen die medisch materiaal verhuren.

21. Verwerking persoonsgegevens

In het kader van deze verzekeringsovereenkomst heeft AG Insurance persoonsgegevens ontvangen van de werkgever met het oog op de uitvoering ervan.

De werkgever verklaart de nodige toestemming te hebben bekomen van de aangeslotenen (hoofd- en bijverzekerden) en hen de krachtens de privacywet verplichte informatie te hebben verschaft bij het doorgeven van persoonsgegevens aan AG Insurance, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van deze overeenkomst. De werkgever verbindt er zich eveneens toe AG Insurance te vrijwaren tegen vorderingen voortvloeiend uit een inbreuk op de privacywetgeving, voor zover en in de mate dat zijn aansprakelijkheid vaststaat.

22. Informatieverplichting

De werkgever verklaart vanwege AG Insurance de informatie te hebben ontvangen, zoals voorzien in art 209 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, betreffende de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen, waardoor de premie van de voortgezette individuele hospitalisatieverzekering, berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen.

In dit kader heeft de werkgever de informatie ontvangen betreffende de verzekering AG Care Vision, waarmee niet enkel de leeftijd ingeval van voortzetting wordt vastgeklikt, maar eveneens de beroepsgebonden verzekering aangevuld kan worden. De werkgever neemt nota van het feit dat indien de premiebetalingen in AG Care Vision worden stopgezet, de verzekerde ook de instapleeftijd verliest.

De werkgever bevestigt de algemene en bijzondere voorwaarden te hebben ontvangen en hiervan kennis te hebben genomen. De werkgever bevestigt tevens dat hij elektronisch het adres van onze website heeft ontvangen, waar u kennis heeft kunnen nemen van de gedetailleerde beschrijving van het belangenconflictenbeleid en alle informatie betreffende de afgesloten verzekeringsovereenkomst, met inbegrip van de eraan verbonden kosten en lasten.

23. Behoeftanalyse

Om een correcte analyse te kunnen maken, enerzijds van het te verzekeren risico, anderzijds van uw verlangens en behoeften inzake de af te sluiten verzekeringsovereenkomst, heeft AG Insurance de werkgever een aantal vragen gesteld. Op basis van deze analyse bevelen wij de verzekering Ambucare Flexible aan, volgens de in deze overeenkomst opgenomen bepalingen, die de keuzes en antwoorden op de vragen van de werkgever weergeven. Ondergetekende bevestigt dat hij voldoende geïnformeerd werd over de draagwijdte en de beperkingen van deze verzekeringsovereenkomst en over de dekking van zijn specifieke verlangens. Hij bevestigt dat deze overeenkomst beantwoordt aan zijn behoeften en verlangens.

De algemene voorwaarden met referentie 0079-2024832N-01022015 zijn van toepassing op deze overeenkomst.

De bijzondere voorwaarden vervolledigen en verduidelijken de algemene voorwaarden. Alle kwesties waarin de bijzondere voorwaarden niet voorzien, worden geregeld overeenkomstig de algemene voorwaarden.

Opgemaakt in tweevoud te Brussel, op 26 februari 2018.

Voor **LANXESS nv**,

Voor **AG Insurance nv**,