

EEN WOORDJE UITLEG

COLLECTIEVE VERZEKERING

GEZONDHEIDSZORG

Onderwijs (vanaf 1 september 2015)

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

ETHIAS NV rue des Croisiers 24 4000 Luik www.ethias.be info@ethias.be

Verzekeringsonderneming toegelaten onder het nr. 0196 voor de beoefening van alle verzekeringstakken Niet-Leven, de levensverzekeringen, de bruidsschats- en geboorteverzekeringen (KB van 4 en 13 juli 1979, BS van 14 juli 1979) alsook de kapitalisatieverrichtingen (Beslissing CBFA van 9 januari 2007, BS van 16 januari 2007)

RPR Luik BTW BE 0404.484.654 Rekening Belfius Bank: BE72 0910 0078 4416 BIC: GKCCBEBB

DOEL VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering waarborgt bij hospitalisatie of bij ernstige ziekte, een aanvullende terugbetaling van de kosten die, na aftrek van de wettelijke tegemoetkomingen (mutualiteit, ...), nog ten laste blijven van de verzekerden. De bedoeling bestaat er bijgevolg in, personen of gezinnen die ingevolge de opname in een verpleeginstelling of door een ernstige ziekte plots met belangrijke financiële uitgaven geconfronteerd worden, te beschermen.

WIE KAN OP DE VERZEKERING INSCHRIJVEN?

▶ ALS HOOFDVERZEKERDEN

De personeelsleden die worden tewerkgesteld in de volgende door de Vlaamse Gemeenschap gefinancierde of gesubsidieerde instellingen:

- de scholen van het basisonderwijs en de instellingen van het secundair onderwijs, deeltijds kunstonderwijs en hoger onderwijs, in welke vorm ook;
- de (autonome) internaten en tehuizen;
- de semi-internaten en opvangcentra;
- de centra voor leerlingenbegeleiding en in voorkomend geval hun permanente ondersteuningscel;
- de centra voor basiseducatie;
- de centra voor volwassenenonderwijs;
- de inspectie- en begeleidingsdiensten van het onderwijs.

▶ ALS NEVENVERZEKERDEN

- Het gepensioneerd personeelslid, voor zover aangesloten op de dag die de pensionering vooraf gaat.
- De echtgenoot of echtgenote.
- De officieel samenwonende partner die geen familiebanden heeft met de hoofdverzekerde.
- De kinderen van de hoofdverzekerde, van de echtgeno(o)t(e) of van de samenwonende partner, die kinderbijslag genieten.
- De ongehuwde kinderen van de hoofdverzekerde, van de echtgeno(o)t(e) of van de samenwonende partner die geen kinderbijslag genieten op voorwaarde dat zij onder hetzelfde dak wonen of wegens studieredenen elders verblijven.
- De kinderen van gescheiden of van tafel en bed gescheiden ouders die ten laste zijn van het gescheiden of van tafel en bed gescheiden gezinslid op voorwaarden dat de hoofdverzekerde verplicht is alimentatiegeld te betalen of in geval van co-ouderschap.

Er wordt nader bepaald dat bij overlijden van een verzekerd personeelslid of gepensioneerd personeelslid, de echtgeno(o)t(e) of levenspartner en zijn/haar kinderen ten laste, verder van de waarborgen van deze polis kunnen blijven genieten, zolang er geen nieuw huwelijk plaatsvindt.

De hiervoor vermelde verzekerden die na de aanvangsdatum van onderhavige verzekering buiten voormelde aansluitingsmodaliteiten vallen kunnen vanaf de einddatum van hun aansluiting op deze collectieve verzekering samen met hun eventueel aangesloten gezinsleden de continuïteit in hun verzekeringsdekking ter individuele titel bij Ethias verder zetten aan de op dat ogenblik geldende individuele voorwaarden.

HOE INSCHRIJVEN?

Men kan op de verzekering inschrijven door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier. Nadat het ingevuld is, en voorzien is van de stempel van de instelling waar men tewerkgesteld is, dient het overgemaakt te worden aan Ethias.

Daarna ontvangt de verzekerde van Ethias een verzoek tot betaling, met vermelding van zijn individueel aansluitingsnummer.

De waarborg alsmede de premie en de wachtermijn, begint te lopen vanaf de eerste dag van de maand volgend op de datum dat het aansluitingsformulier bij Ethias toekomt.

Een verzekeringsjaar loopt altijd van 1 september tot 31 augustus. Personen die in de loop van het verzekeringsjaar toetreden, betalen een prorata premie tot de eerstvolgende 31ste augustus.

Personen die een einde willen stellen aan de verzekering, dienen dit vóór 31 augustus van het lopende verzekeringsjaar, schriftelijk mede te delen aan Ethias. Welke de datum van opzeg ook is, de verzekering zal steeds blijven lopen tot 31 augustus van het lopende verzekeringsjaar.

WIJZIGINGEN

Indien er zich een wijziging voordoet in de samenstelling van de te verzekeren personen binnen een gezin, dient deze binnen de drie maanden na de gebeurtenis doorgegeven te worden door middel van een nieuw aansluitingsformulier met vermelding « wijziging in de gezinstoestand » dat rechtstreeks naar Ethias dient te worden verstuurd. Alleen wanneer aan deze voorwaarde voldaan is, kan de wijziging ingaan op de eerste dag volgend op de datum van de gebeurtenis. Wanneer het een verzoek tot schrapping is van één of meerdere verzekerde personen binnen een gezin, zal de verzekering steeds blijven lopen tot 31 augustus van het lopend verzekeringsjaar tenzij er ondertussen sprake is van een kosteloze hospitalisatieverzekering in het kader van een beroepsgebonden hospitalisatieverzekering. In dat geval kan men bij ontvangst van een geldig verzekeringsattest een prorata premie terugbetaald krijgen voor het lopend verzekeringsjaar.

KEUZE VAN DE WAARBORGFORMULE

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

- **Basisformule**

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

- **Uitgebreide formule**

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

Opgelet

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

DRAAGWIJDTE VAN DE VERZEKERING

I. TOEPASSINGSGEBIED BASISFORMULE

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

Bij ziekenhuisopname, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt Ethias, binnen de grenzen bepaald in het hoofdstuk « Omvang van de waarborg » (zie hierna), de verzorgingskosten terug, voor zover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling.

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van RIZIV zijn ondermeer gewaarborgd:
 - a) de verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een tweepersoonskamer. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat bij een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen, in deze basisformule enkel de officiële ligdagprijs wordt vergoed. De extra verblijfskosten bovenop de officiële ligdagprijs worden niet gewaarborgd;

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

B. Pre- en posthospitalisatie

1. Het betreft hier de medische kosten gedaan gedurende 60 dagen vóór en 180 dagen na de opname, die rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname en aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.
- Zijn in deze periode gewaarborgd:
- a) de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;
 - b) de kosten van de paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
 - c) de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer;
 - d) de kosten van de medische prothesen die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
 - e) de kosten van de kunstledematen.
2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
- a) de niet-vergoedbare of onder categorie « D » opgenomen geneesmiddelen;
 - b) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - c) de kosten van de verbanden en van het medisch materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.

C. In het geval van een « ernstige ziekte »

1. Bij volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinales, pokken, tyfus, vlektyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, malaria, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jacob en progressieve spierdystrofie wordt de verzekering bovendien uitgebreid tot de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV en die in rechtstreeks verband staan met de ziekte, zoals ondermeer:
 - de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
 - de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
 - de kosten voor paramedische prestaties;
 - de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
 - de geneesmiddelen.
2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
 - de niet-vergoedbare of onder categorie « D » opgenomen geneesmiddelen;
 - de vervoerskosten;
 - de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - de farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
 - alle andere kosten waarmee Ethias vooraf heeft ingestemd.

D. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp

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

Onder kraamhulp dient te worden verstaan de kosten die aansluitend op de ziekenhuisopname, de thuisbevalling of de polyklinische bevalling in rekening gebracht worden door een erkende kraamzorginstelling. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorg die thuis verstrekt wordt door een bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin.

(*) Definities

- a) « ziekenhuis »: een openbare of privé-instelling in binnen- of buitenland die wettelijk erkend is als ziekenhuis, met uitsluiting van gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische diensten of inrichtingen, rusthuizen, geriatrie instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van bejaarden, revalidatiecentra of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van herstellenden of kinderen, alsmede deze die een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis gekregen hebben.
Wat het volgen van kuren betreft is er enkel een tussenkomst voorzien indien de behandeling van curatieve aard is, verstrekt wordt in een instelling die beantwoordt aan de hiervoor bepaalde voorwaarden en indien Ethias er voor het begin van de behandeling schriftelijk heeft in toegestemd.
Voor tuberculose is de waarborg eveneens verworven voor behandelingen in sanatoria en verzorgingstehuizen voor tuberculosepatiënten.
- b) « ziekenhuisopname »: elk medisch noodzakelijk verblijf van minstens één nacht in een ziekenhuis, of van minder dan één nacht (dagziekenhuis) voor zover er voor de uitgevoerde medische behandeling een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend op basis van een mini-, maxi-, super- of ander hiermee gelijkgesteld forfait.

E. Extramurale oogheelkunde

Deze verzekering is eveneens van toepassing op de medische kosten van een cataractoperatie met monofocale of dubbelzicht implantaat uitgevoerd in het kabinet van een oogarts die voldoet aan alle wettelijke voorschriften teneinde deze ingrepen uit te voeren.

II. UITGEBREIDE FORMULE

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

III. OMVANG VAN DE WAARBORG

- A. Per prestatie zoals bepaald onder punt I. hiervoor waarborgt onderhavige verzekering de terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg, tot het drievoud van de bedragen der wettelijke tegemoetkomingen.
- B. Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend (de punten I. A.2, I. B.2 en I. C.2) geldt:
 - a) een tussenkomst tot 2 500,00 euro per persoon en per kalenderjaar;
 - b) een tussenkomst van 50 % van de kosten tot 1 250,00 euro per persoon en per kalenderjaar voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien.
- C. De terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan veertien jaar is gewaarborgd tot 25,00 euro per nacht.
- D. De tussenkomst in de verblijfskosten van een donor wordt verleend tot 1 250,00 euro.
- E. De vervoerskosten bij ernstige ziekten (punt I. C.2.b) worden gewaarborgd tot een globaal plafond van 250,00 euro per persoon en per kalenderjaar.
- F. Voor hospitalisatie ingevolge een psychische, psychiatrische of mentale aandoening, is onze tussenkomst per verzekerde verworven gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van twee jaar te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.
- G. De tussenkomst voor kraamhulp wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf dagen aansluitend op het ontslag uit het ziekenhuis of de thuisbevalling en tot maximum 500,00 euro.
- H. De tussenkomst inzake extramurale oogheelkunde (punt I E) is ongeacht het type lensimplantaat, de tegemoetkoming van het ziekenfonds en de omvang van het bedrag ten laste van de patiënt, gewaarborgd tot 600,00 euro, per ingreep.
- I. De vrijstelling is bepaald op 75,00 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

Deze vrijstelling is evenwel slechts van toepassing indien de verzekerde gekozen heeft voor de opname in een éénpersoonskamer. Er is geen vrijstelling in het geval van een ernstige ziekte, waarvan de lijst opgesomd is onder punt I. C. 1. van het hoofdstuk « toepassingsgebied » hiervoor. Wanneer de vrijstelling van toepassing is op een ononderbroken ziekenhuisopname gespreid over twee opeenvolgende kalenderjaren zal Ethias slechts éénmalig de vrijstelling toepassen.

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

III. WACHTTIJD

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

De algemene wachtermijn is drie maanden.
2. Deze wachtermijn vervalt evenwel:
 - a) bij ongeval;
 - b) bij volgende acute besmettelijke ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerobrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus;
 - c) in geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) en bij geboorte voor de pasgeborene van een persoon die reeds verzekerd was, voor zover de aansluiting plaats heeft binnen de drie maanden volgend op de gebeurtenis.
3. Zonder afbreuk te doen aan de in punt 1 voorziene wachtermijn van drie maanden, is de tussenkomst van Ethias voor de kosten in verband met een zwangerschap of een bevalling ondergeschikt aan de voorwaarde dat de zwangerschap begon na de aanvangsdatum van de waarborg ten aanzien van de begunstigde persoon.
4. In afwijking van punt 1 en 3 hiervoor, wordt de wachtermijn afgeschaft voor de personen die reeds van een verzekering genoten dewelke gelijke voordelen waarborgt als onderhavige verzekeringsovereenkomst, en voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de aansluiting bij de vorige verzekering en dat er geen onderbreking van dekking tussen de twee contracten is. Bovendien, wanneer de vraag tot tussenkomst betrekking heeft op kosten in verband met een zwangerschap of bevalling, zijn de prestaties van Ethias in het kader van onderhavige verzekeringsovereenkomst ondergeschikt aan de voorwaarde dat de zwangerschap begon na de aansluiting van de begunstigde.

IV. BESTAANDE AANDOENINGEN

Wat gebeurt er indien men op het ogenblik van de aansluiting op de verzekering reeds aan een bestaande ziekte of aandoening lijdt?

- a) De in punten I. en II. bedoelde tegemoetkomingen worden niet aan de verzekerden verleend indien het bestaan van de aandoening, de ziekte, het ongeval, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling waarvoor een tegemoetkoming wordt gevraagd, niet door de verzekerde of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger kon worden ontkend op de datum van aansluiting op deze verzekeringsovereenkomst, zelfs indien de eerste symptomen niet toelieten een duidelijke diagnose te stellen.
- b) In afwijking van punt a) hiervoor is de bestaande aandoening, de ziekte, het ongeval, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling, die zonder onderbreking reeds is gewaarborgd door een verzekering dewelke gelijke voordelen waarborgt als onderhavige verzekeringsovereenkomst, gewaarborgd voor de personen die vanaf de datum dat zij in aanmerking komen voor een facultatieve aansluiting op deze verzekering, de overstap naar onderhavige polis bevestigen binnen de drie maanden na de eerstvolgende vervaldag van de vorige verzekering.

Gebeurt de overstap later dan drie maanden na de eerstvolgende vervaldag van de vorige verzekering, zijn de bepalingen van punt a) hiervoor onverkort van toepassing.

V. UITSLUITINGEN

Zijn van de verzekering uitgesloten de prestaties voortvloeiend uit:

- a) esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheeskunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden wel ten laste genomen;
- b) ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
 1. in staat van dronkenschap of onder invloed van geneesmiddelen of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 2. ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- c) sterilisatie en anti-conceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen;
- d) kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie en thermale kuren;
- e) oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, wegens burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- f) de beroepshalve uitoefening van eender welke sport;
- g) een door de verzekerde gestelde opzettelijke daad, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of van goederen betreft, een door de verzekerde gepleegde misdaad of misdrijf, roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- h) rechtstreeks of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik om medische redenen van radioactieve stoffen;
- i) vrijwillige verminking of zelfmoordpoging;
- j) een ongeval waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig, of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

VI. TERRITORIALE GRENZEN EN TERRORISME

- a) Territoriale grenzen: er zijn geen territoriale grenzen, deze verzekering is wereldwijd van toepassing.

De terugbetaling van de in het buitenland gedane kosten worden per prestatie gewaarborgd tot het drievoud van de bedragen voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de loontrekkenden en tot maximum 25 000,00 euro per verzekerde;
- b) Terrorisme: deze polis dekt de schade veroorzaakt door een daad van terrorisme, zoals gedefinieerd en geregeld door de wet van 1 april 2007 (BS 15 mei 2007). In dit kader is Ethias toegetreden tot de vzw TRIP (Terrorisme Reinsurance and Insurance Pool). Zowel het principe als de modaliteiten m.b.t. de vergoeding van een schadegeval voortvloeiend uit een daad van terrorisme worden voortaan bepaald door een Comité dat losstaat van de verzekeringsondernemingen en dat is opgericht overeenkomstig artikel 5 van de wet van 1 april 2007.

VII. SCHADEREGELING

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

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

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

Ethias en AssurCard maken u het leven eenvoudiger.

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

De voordelen van het derdebetalersysteem

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

Andere voordelen van AssurCard

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

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

Wanneer en hoe deze AssurCard gebruiken?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PREMIE

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

Leeftijd van de verzekerden	Basisformule	Uitgebreide formule
Van 0 tot en met 20 jaar	33,00 EUR	46,20 EUR
Vanaf 21 tot en met 49 jaar	88,00 EUR	154,00 EUR
Vanaf 50 tot en met 64 jaar	159,50 EUR	264,00 EUR
Vanaf 65 tot en met 69 jaar	396,00 EUR	638,00 EUR
Vanaf 70 jaar	429,00 EUR	638,00 EUR

De hiervoor vermelde premies worden berekend in functie van de leeftijd van de verzekerde op 01 september van ieder jaar.

- B. Betalingswijze

De premiebetalingen dienen uitsluitend te gebeuren door middel van het overschrijvingsformulier dat Ethias u persoonlijk zal toesturen.

- C. Betaalspreiding

Op eenvoudig verzoek van de verzekerde, bij de aansluiting of nadien vanaf de volgende vervaldag, kan de verzekeringspremie zonder meerkost halfjaarlijks of per trimester gespreid worden betaald indien de verzekerde instemt met de domiciliëring van deze betalingen.

BIJKOMENDE INFORMATIE

Betreffende de verzekering

Ethias, Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73
3500 Hasselt

Inzake aansluiting of facturatie

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

Inzake schaderegeling

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

Verklarende nota

RECHT OP INDIVIDUELE VOORTZETTING VAN EEN COLLECTIEVE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST

1. DEFINITIE

Behalve in geval van niet-betaling van de premie of in geval van bedrog, heeft elke persoon die bij een collectieve verzekering is aangesloten het recht om deze verzekering individueel voort te zetten wanneer hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest (bijvoorbeeld, in geval van verandering van werkgever, ontslag, pensioen, ...), zonder op dat ogenblik een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen. De verzekeraar mag bovendien geen nieuwe wachttermijn opleggen.

Dit recht op individuele voortzetting bestaat zowel voor de hoofdverzekerde als voor de verzekerde leden van zijn gezin.

2. VOORWAARDEN

Om dit recht op individuele voortzetting te kunnen uitoefenen moet de verzekerde gedurende de twee jaren die aan het verlies van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten.

3. PROCEDURE EN TERMIJNEN

De verzekeringnemer van de collectieve verzekering of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten.

Vanaf de dag van de ontvangst van dit schrijven beschikt de verzekerde over een termijn van dertig dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn voornemen om de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst individueel verder te zetten. Deze termijn kan met dertig dagen worden verlengd en aldus op zestig dagen worden gebracht, op voorwaarde dat de verzekeraar daarvan schriftelijk of elektronisch in kennis wordt gesteld.

De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om de verzekerde een verzekeringsaanbod met gelijksoortige waarborgen te doen. De verzekerde beschikt over een termijn van dertig dagen om het aanbod schriftelijk dan wel elektronisch te aanvaarden.

4. BIJZONDER GEVAL VAN VOORTZETTING VAN DE VERZEKERING DOOR DE LEDEN VAN HET GEZIN

De leden van het gezin van de hoofdverzekerde kunnen ook het recht op individuele voortzetting uitoefenen wanneer ze het voordeel van de collectieve verzekering verliezen om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde (bijvoorbeeld in geval van echtscheiding of als een kind het gezin verlaat). In dat geval, beschikt de betrokken verzekerde over een termijn van 105 dagen te rekenen vanaf het tijdstip waarop hij voornoemd voordeel verliest om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om hem een verzekeringsaanbod te doen. Het lid van het gezin beschikt over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod te aanvaarden.

5. BETALING VAN EEN BIJKOMENDE PREMIE

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

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

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

VOOR MEER INFORMATIE

Ethias

Zetel voor Vlaanderen

Prins-Bisschopssingel 73 - 3500 Hasselt

Tel. 011 28 21 11

Fax 011 28 20 20

www.ethias.be

info@ethias.be