

Polisvoorwaarden Benefitsverzekeringen via SD Worx

”Hospi via Payroll”

Afgesloten met: *naam verzekeringnemer
Polisnummer: 778

Deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst wordt gevormd door onderstaande voorwaarden en de eventuele bijlagen en wordt gesloten tussen:

*naam verzekeringnemer
*adres verzekeringnemer (straat/ nummer)
*adres verzekeringnemer (woonplaats)
ondernemingsnummer: BE *

hierna “de verzekeringnemer” genoemd

en

Justitia NV
Plantin en Moretuslei 301
2140 ANTWERPEN
ondernemingsnummer: BE 0404.479.211

onderneming toegelaten (KB van 04.07.1979 – BS van 14.07.1979) om de tak “Ziekte-Invaliditeit” te beoefenen onder codenummer 878.

hierna “de verzekeraar” genoemd.

Het beheer van deze overeenkomst wordt uitgevoerd door:

Vanbreda Risk & Benefits NV
Plantin en Moretuslei 297
2140 ANTWERPEN
ondernemingsnummer: BE 0404.055.676

hierna “de beheerder” genoemd.

1. Verzekeringnemer

De verzekeringnemer verklaart voor zijn loonadministratie beroep te doen op het sociaal secretariaat SD Worx. Daarnaast verklaart hij:

- ofwel minstens 10 en maximum 100 medewerkers in dienst te hebben;
- ofwel een startende onderneming te zijn die binnen de 24 maanden na de opstart van de onderneming minstens 1 medewerker in dienst heeft.

2. Verzekerde

De verzekerde is de persoon die voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden, aangesloten is bij deze overeenkomst en op wie het risico rust.

Bovendien is daarbij:

- de hoofdverzekerde de verzekerde die op het moment van de aansluiting beroepsmatig verbonden is met de verzekeringnemer;
- de medeverzekerde het gezinslid van de hoofdverzekerde.

3. Duur van de overeenkomst

Deze overeenkomst start op */*/20* en heeft als jaarlijkse vervaldag 1 januari. Op de jaarlijkse vervaldag wordt deze overeenkomst stilzwijgend voor de duur van één jaar hernieuwd, behalve bij aangetekend opzegging door één van de partijen. Deze opzeg dient ten minste 3 maanden vóór de jaarlijkse vervaldag te gebeuren.

In geval van een fundamentele wijziging van de wetgeving op de sociale zekerheid, van de wet op de ziekenhuizen of van enige andere wetgeving die een impact kan hebben op deze overeenkomst, kan de verzekeraar deze verzekeringsvoorwaarden wijzigen. Dit wordt voorafgaand besproken met de verzekeringnemer. De verzekeringnemer kan indien gewenst, de overeenkomst opzeggen binnen de drie maanden na de kennisgeving van de wijziging.

In ieder geval kan deze overeenkomst enkel uitwerking hebben vanaf het ogenblik dat de verzekeringnemer voor de loonadministratie beroep doet op het sociaal secretariaat SD Worx. Bovendien zal deze overeenkomst eveneens onmiddellijk eindigen zodra de loonadministratie niet meer door SD Worx verzorgd wordt.

4. Definities

4.1. Aandoening

Onder aandoening wordt verstaan:

- een aantasting van de gezondheid door ziekte of ongeval;
- een zwangerschap of bevalling.

4.2. Ambulante verzorging

De kosten van medische verzorging die wordt verstrekt op een moment dat de verzekerde niet in een ziekenhuis is opgenomen en dus verzorging die niet wordt verstrekt tijdens een ziekenhuisopname.

Kosten aangerekend op een (dag)hospitalisatiefactuur die niet terugbetaald worden in de waarborg Hospitalisatie kunnen ten laste genomen worden volgens de terugbetalingsvoorwaarden van de waarborgen Pre- en postperiode of Ambulante verzorging ernstige ziekten.

4.3. Arbeidsongeval

Een ongeval zoals gedefinieerd in de Belgische Wetgeving inzake arbeidsongevallen en dat verplicht verzekerd wordt door toepassing van deze wetgeving.

4.4. Geneesmiddel

Elk product dat uitsluitend in de apotheek verkocht wordt en:

- ofwel geregistreerd is als geneesmiddel in België;
- ofwel waarvoor het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) een vergunning verleend heeft voor het in de handel brengen ervan.

4.5. Ongeval

Elke aantasting van de gezondheidstoestand veroorzaakt door een plotselinge gebeurtenis die zich buiten het organisme situeert, die onafhankelijk van de wil van de verzekerde persoon optreedt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectiveerbaar zijn, en die als zodanig een diagnose toelaten en een therapie vereisen.

4.6. Ongeval privéleven

Ieder ongeval dat niet als een arbeidsongeval wordt beschouwd.

4.7. Prothese

Een apparaat of toestel dat de functie van een orgaan of een lidmaat volledig of gedeeltelijk vervult. Tandprothesen en tandimplantaten vallen niet onder deze definitie.

4.8. Orthopedisch toestel

Een apparaat of toestel bestemd om een lichamelijke afwijking te corrigeren of te voorkomen.

4.9. Schadegeval

Elke gebeurtenis waarvoor de waarborgen van deze verzekering kunnen worden aangesproken.

4.10. Verblijfskosten

Het wettelijk remgeld, het supplement dat wordt aangerekend voor het verblijf in een eenpersoonskamer en het dagelijks forfait voor de geneesmiddelen.

4.11. Verzekeringsjaar

De periode tussen de aanvangsdatum van deze verzekering tot de datum van de eerste jaarlijkse vervaldag die erop volgt en daarna, elke nieuwe periode van één jaar die daarop volgt.

4.12. Voorafbestaande aandoeningen

De ziekten, ongevallen, zwangerschappen en bevallingen die zich hebben voorgedaan vóór de aansluitingsdatum van de verzekerde of waarvan de oorzaak vóór die datum gekend is.

4.13. Vrijstelling

Deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de verzekerde.

De vrijstelling zal slechts éénmaal worden afgehouden in de volgende situaties:

- voor verschillende verzekerden van éénzelfde gezin betrokken in éénzelfde ongeval;
- voor de kosten van de bevalling voor moeder en kind, op voorwaarde dat alle gezinsleden verzekerd zijn;
- voor een ononderbroken hospitalisatie gesitueerd in twee verzekeringsjaren;

4.14. Wachttijd

Een éénmalige periode die start op de aansluitingsdatum van de verzekerde en waarin een eventueel schadegeval niet verzekerd is en de toekomstige verzekerde geen premie verschuldigd is.

4.15. Wettelijke tussenkomst

- voor de kosten gemaakt in België:
elke terugbetaling voorzien door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen die van toepassing zijn voor de Belgische werknemers;
- voor de kosten gemaakt in het buitenland:
elke terugbetaling voorzien door een met het betrokken land gesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de werknemers.

Onder Belgische sociale wetgevingen van toepassing voor de werknemers bij ziekte of ongeval wordt verstaan:

- de wetgeving betreffende de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit;
- de wetgeving betreffende de arbeidsongevallen;
- de wetgeving betreffende de beroepsziekten.

4.16. Ziekenhuis

Elke instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen, incl. palliatieve instellingen of revalidatiecentra die door het RIZIV erkend zijn als ziekenhuis.

Worden *niet* beschouwd als ziekenhuis:

- rusthuizen, verzorgingstehuizen of andere instellingen bestemd voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen, zelfs als zij deel uitmaken van een ziekenhuis;
- psychiatrische verzorgingstehuizen;
- medische-pedagogische instellingen;
- forensische psychiatrische centra;
- initiatieven voor beschut wonen;
- instellingen bestemd voor kuurbehandelingen zoals thermale- en dieetkuren, thalassotherapie en ontwenningkuren.

4.17. Ziekenhuisopname of hospitalisatie

Elke medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis waarvoor ten minste één overnachting wordt aangerekend of wanneer er voor de gevolgde of uitgevoerde medische behandeling wettelijke tegemoetkoming wordt verleend in het kader van een forfait gipskamer, een dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/ of toediening van geneesmiddel of bloed/ labiel bloedproduct via intraveneus infuus (vroeger mini forfait), een maxi forfait, een forfait dagziekenhuis, een forfait chronische pijn of een ander hiermee gelijkgesteld forfait One day clinic.

4.18. Ziekte

Elke aantasting van de fysieke of mentale gezondheid, met objectieve symptomen, die niet veroorzaakt wordt door een ongeval.

5. Aansluiting

5.1. Hoofdverzekerden

Alle **actieve werknemers** in dienst van de verzekeringnemer en ongeacht of ze een arbeidsovereenkomst van bepaalde of onbepaalde duur hebben, worden beschouwd als hoofdverzekerden. Onder actieve werknemers worden ook volgende werknemers verstaan: de werknemers in loopbaanonderbreking, tijdscrediet of thematisch verlof (dit is ouderschapsverlof, verlof voor medische bijstand aan een gezins- of familielid of palliatief zorgverlof voor een gezins- of familielid).

Ook de werknemers die langdurig ziek zijn, horen bij de categorie van actieve werknemers. De jobstudenten vallen hier *niet* onder.

Werknemers die doorwerken na hun 67^{ste} verjaardag blijven aangesloten zolang ze aan het werk zijn.

Voor de hoofdverzekerden is de **aansluiting verplicht** en gebeurt de aansluiting zonder medische formaliteiten. Er zijn geen wachttijden en de kosten in verband met voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd. De aansluiting vindt plaats op de dag van de indiensttreding maar ten vroegste op de begindatum van deze verzekering.

De aansluiting van de hoofdverzekerden eindigt bij:

- de beëindiging of de verbreking van de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer;
- SWT-regeling of bij (vervroegd) wettelijke pensionering van de hoofdverzekerde;
- het overlijden;
- het einde van deze verzekering.

5.2. Medeverzekerden (gezinsleden)

De **gezinsleden van de hoofdverzekerde** sluiten **facultatief** aan zonder medische formaliteiten. Zij worden medeverzekerden genoemd.

Volgende gezinsleden (medeverzekerden) kunnen aansluiten:

- de partner van de hoofdverzekerde. Dit is de huwelijkspartner of samenwonende partner zonder familiale band met de hoofdverzekerde;
- de kinderen, pleegkinderen of adoptiekinderen van de hoofdverzekerde of partner die:
 - o jonger zijn dan 25 jaar;
 - o fiscaal ten laste zijn van de hoofdverzekerde, de huwelijkspartner of samenwonende partner;
 - o inwonen bij de hoofdverzekerde.
- de kinderen, pleegkinderen of adoptiekinderen van de hoofdverzekerde in een co-ouderschapsregeling die:
 - o jonger zijn dan 25 jaar;
 - o fiscaal ten laste zijn van de hoofdverzekerde of de ex-partner van de hoofdverzekerde;
 - o inwonen bij de ex-partner van de hoofdverzekerde.

Voor gehandicapte kinderen is de leeftijdsgrens van 25 jaar niet toepassing.

De dag van het recht op aansluiting is:

- voor de partner: de dag van het huwelijk of het samenwonen;
- voor een kind van de hoofdverzekerde: de geboortedag;
- voor een adoptie- of pleegkind van de hoofdverzekerde: de officiële dag van adoptie of toewijzing als pleegkind;
- voor een kind, adoptiekind of pleegkind van de partner: de dag van het huwelijk of het samenwonen.

Bij aansluiting van het gezin dienen alle gezinsleden aan te sluiten. Als een gezinslid een soortgelijke verzekering heeft dan moet het betrokken gezinslid niet aansluiten op voorwaarde dat hiervan een attest kan worden voorgelegd.

Bij een vraag tot aansluiting binnen de 3 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting is de **aansluiting tijdig**. Er zijn geen wachttijden en de kosten in verband met voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

Gebeurt de vraag niet binnen de 3 maanden na de dag van het recht op aansluiting dan is de **aansluiting laattijdig**. In dat geval is er een wachttijd van 12 maanden van toepassing. De kosten in verband met voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd nadat de wachttijd is beëindigd.

De aansluiting van de medeverzekerden eindigt:

- bij het verlies van het statuut van medeverzekerde;
- als de hoofdverzekerde in een SWT-regeling stapt of bij (vervroegd) wettelijke pensionering van de hoofdverzekerde;
- bij het overlijden van de medeverzekerde of de hoofdverzekerde;
- bij het einde van deze verzekering.

Van toepassing zowel voor hoofd- als medeverzekerden:

De waarborgen en de prestaties eindigen op de dag dat de aansluiting van de verzekerde eindigt volgens de in 5.1 en 5.2 vermelde bepalingen behalve in volgende omstandigheden: voor een verzekerde die op het moment van het verbreken of het beëindigen van de arbeidsovereenkomst van de hoofdverzekerde gehospitaliseerd is, worden de hospitalisatie- en posthospitalisatiekosten die tijdens de duur van deze overeenkomst worden gedaan, gedurende maximum 180 dagen terugbetaald.

6. Waarborgen

6.1. Waarborg hospitalisatie

Deze waarborg heeft betrekking op de terugbetaling van de tijdens een ziekenhuisopname gemaakte medische kosten voor een medisch noodzakelijke behandeling als gevolg van een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling.

In dat geval zijn volgende medische kosten verzekerd:

- de **verblijfskosten**;
- de **erelonen** van een geneesheer;
- de **onderzoeken en behandelingen**;
- de **paramedische prestaties**;
- de **geneesmiddelen**;
- de kosten voor **prothesen (incl. kunstledematen, brillen en hoorapparaten) en orthopedische toestellen**;
- de kosten voor **medische technieken en (implanteerbare) materialen** (met uitzondering van tandmateriaal);
- **tandbehandelingen, tandprothesen en tandmateriaal** ongeacht de aard ervan op voorwaarde dat het gaat over een medisch noodzakelijke behandeling die het gevolg is van een verzekerde niet-stomatologische ziekte of een verzekerd ongeval. Deze 2 voorwaarden moeten samen vervuld zijn;
- de **homeopathische behandelingen en geneesmiddelen, chiropraxie, acupunctuur en osteopathie**;
- de kosten voor **rooming-in**. Dit zijn de verblijfskosten van één van de ouders in dezelfde kamer als deze van het gehospitaliseerde, verzekerde kind;
- de verblijfskosten van de **donor** bij transplantatie van een orgaan of weefsel ten gunste van de verzekerde;
- de **mortuariumkosten** die aangerekend worden op de ziekenhuisfactuur;
- de kosten voor **palliatieve verzorging** in het ziekenhuis;
- de kosten voor **dringend medisch gerechtvaardigd vervoer** met de ziekenwagen of helihulp naar het ziekenhuis.

De opgesomde medische kosten worden volledig terugbetaald op voorwaarde dat er op de verblijfsfactuur van het ziekenhuis minstens één verzekerde medische prestatie mét wettelijke tussenkomst wordt aangerekend. Is dat niet het geval dan bedraagt de tussenkomst voor de medische kosten aangerekend op de verblijfsfactuur van het ziekenhuis 50%.

Een **thuisbevalling** wordt voor deze waarborg gelijkgesteld met een ziekenhuisopname. Dat betekent dat voor deze kosten naast de waarborg hospitalisatie ook de waarborg pre- en posthospitalisatie (zie 5.2) van toepassing is.

De kosten voor **medisch ondersteunde voortplanting** (artificiële reproductieve technieken) zijn verzekerd op voorwaarde dat de door het RIZIV opgelegde voorwaarden voor wettelijke tussenkomst vervuld zijn. Wanneer deze voorwaarden niet vervuld zijn en de verzekerde geen effectieve wettelijke tussenkomst krijgt, zijn de kosten niet verzekerd. Het invriezen van zaad-of eicellen is niet verzekerd.

De kosten met betrekking tot de behandeling van **zenuw- of geestesandoeningen** worden slechts terugbetaald voor een hospitalisatie van maximum 2 jaar per verzekerde en per verzekeringsjaar. Deze 2 jaar kan al dan niet aaneensluitend zijn en worden samengeteld vanaf het begin van de eerste hospitalisatie.

6.2. Waarborg pre- en posthospitalisatie

Deze waarborg voorziet tussenkomst in de kosten voor medisch noodzakelijke ambulante verzorging die verstrekt wordt tijdens de periode van 2 maanden die aan de ziekenhuisopname voorafgaan en 6 maanden die onmiddellijk volgen op het ontslag uit het ziekenhuis. De tussenkomst is enkel van toepassing op de ambulante verzorging die rechtstreeks verband houdt met een verzekerde ziekenhuisopname.

Volgende medische kosten worden vergoed:

- de **erelonen** van een geneesheer;
- de **onderzoeken en behandelingen**;
- de **paramedische prestaties**;
- de kosten voor **geneesmiddelen**.

Als de verzekerde voor deze medische kosten tussenkomst krijgt van de wettelijke ziekteverzekering dan betaalt deze verzekering het saldo dat nog ten laste is van de verzekerde volledig terug. Ontvangt de verzekerde geen wettelijke tussenkomst of heeft hij geen recht op deze wettelijke tussenkomst dan bedraagt de tussenkomst 50%.

Ook voor volgende medische kosten voorziet deze verzekering tussenkomst:

- de kosten voor **prothesen (incl. kunstledematen, brillen en hoorapparaten) en orthopedische toestellen**. De onderhouds- en herstellingskosten zijn niet verzekerd;
- de kosten voor **medische technieken en materialen** (aangekocht bij de apotheek of bij een erkende instelling en met uitzondering van tandmateriaal);
- **tandbehandelingen, tandprothesen en tandmateriaal** ongeacht de aard ervan op voorwaarde dat het gaat over een medisch noodzakelijke behandeling die het gevolg is van een verzekerde niet-stomatologische ziekte of een verzekerd ongeval. Deze 2 voorwaarden moeten samen vervuld zijn.

Als de verzekerde voor deze medische kosten tussenkomst krijgt van de wettelijke ziekteverzekering dan betaalt deze verzekering het saldo dat nog ten laste is van de verzekerde volledig terug. Ontvangt de verzekerde geen wettelijke tussenkomst of heeft hij geen recht op deze wettelijke tussenkomst dan bedraagt de tussenkomst 50%. Daarnaast bedraagt de tussenkomst in dat geval maximum 5.000,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De **homeopathische behandelingen en geneesmiddelen, chiropraxie, acupunctuur en osteopathie** worden terugbetaald aan 50%.

De kosten voor **vervoer** zijn niet verzekerd.

6.3. Waarborg ambulante verzorging ernstige ziekten

Deze waarborg voorziet tussenkomst in de kosten voor medisch noodzakelijke ambulante verzorging die rechtstreeks in verband staat met de één van de ernstige ziekten die opgenomen zijn in volgende limitatieve lijst:

Aids, amyotrofische laterale sclerose, brucellose, ebola, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening die dialyse vereist, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, roodvonk, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus, paratyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Crohn, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, de ziekte van Pompe.

Volgende medische kosten worden vergoed:

- de **erelonen** van een geneesheer;
- de **onderzoeken en behandelingen**;
- de **paramedische prestaties**;
- de kosten voor **geneesmiddelen**.

Als de verzekerde voor deze medische kosten tussenkomst krijgt van de wettelijke ziekteverzekering dan betaalt deze verzekering het saldo dat nog ten laste is van de verzekerde volledig terug. Ontvangt de verzekerde geen wettelijke tussenkomst of heeft hij geen recht op deze wettelijke tussenkomst dan bedraagt de tussenkomst 50%.

Ook voor volgende medische kosten voorziet deze verzekering tussenkomst:

- de kosten voor **prothesen (incl. kunstledematen, brillen en hoorapparaten) en orthopedische toestellen**. De onderhouds- en herstellingskosten zijn niet verzekerd;
- de kosten voor **medische technieken en materialen** (aangekocht bij de apotheek of bij een erkende instelling en met uitzondering van tandmateriaal);
- **tandbehandelingen, tandprothesen en tandmateriaal** ongeacht de aard ervan op voorwaarde dat het gaat over een medisch noodzakelijke behandeling die het gevolg is van een verzekerde niet-stomatologische ziekte of een verzekerd ongeval. Deze 2 voorwaarden moeten samen vervuld zijn.

Als de verzekerde voor deze medische kosten tussenkomst krijgt van de wettelijke ziekteverzekering dan betaalt deze verzekering het saldo dat nog ten laste is van de verzekerde volledig terug. Ontvangt de verzekerde geen wettelijke tussenkomst of heeft hij geen recht op deze wettelijke tussenkomst dan bedraagt de tussenkomst 50%. Daarnaast bedraagt de tussenkomst voor deze kosten maximum 5.000,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De kosten voor **therapieën** die voldoende wetenschappelijk beproefd zijn maar waarvoor de wettelijke ziekteverzekering nog geen tussenkomst geeft, worden terugbetaald aan 50% binnen het plafond van max. 5.000,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. Dit is hetzelfde plafond als dat vermeld in de paragraaf hierboven.

De **homeopathische behandelingen en geneesmiddelen, chiropraxie, acupunctuur en osteopathie**. worden terugbetaald aan 50%.

De kosten voor **vervoer** zijn niet verzekerd.

6.4. Waarborg buitenland

De waarborgen vermeld onder 6.1 t/m 6.3 gelden over heel de wereld op voorwaarde dat de medische verzorging een dringend en onvoorzien karakter heeft.

Waarborg hospitalisatie:

Als de verzekerde wettelijke tussenkomst ontvangt voor de medische kosten vermeld op de verblijfsfactuur dan wordt het saldo dat nog ten laste is van de verzekerde volledig terugbetaald. Als er geen wettelijke tussenkomst is of de verzekerde heeft er geen recht op dan is de tussenkomst gelijk aan 50% van de kosten ten laste van de verzekerde.

Waarborg pre- en posthospitalisatie en waarborg ambulante verzorging ernstige ziekten

Voor deze kosten zijn dezelfde terugbetalingsregels van toepassing als voor de kosten die in België gemaakt zijn. Zie hiervoor onder 6.2 en 6.3 hierboven.

Aanvullend op deze voorwaarden, gelden ook de voorwaarden van Assi-Link+, de medische bijstandsverzekering. Deze voorwaarden en de daarbij horende premie worden vastgelegd in een afzonderlijke overeenkomst tussen de verzekeringnemer en de bijstandsverzekeraar.

6.5. Waarborg extramurale oogheelkunde

Deze waarborg voorziet tussenkomst in de medische kosten voor een cataractoperatie in een daarvoor erkend extramuraal oogheelkundig centrum. De tussenkomst bedraagt maximum 600,00 EUR per verzekerde en per ingreep (per oog). De kosten in verband met de waarborg pre- en posthospitalisatie (zie 5.2) zijn inbegrepen in dit maximum bedrag.

6.6. Waarborg bijstand in binnen- en buitenland

De waarborgen bijstand in binnen- en buitenland zijn beschreven in de algemene en bijzondere voorwaarden van Assi-Link+. Deze voorwaarden en de daarbij horende premie worden vastgelegd in een afzonderlijke overeenkomst tussen de verzekeringnemer en de bijstandsverzekeraar.

7. Berekening van de tussenkomst**7.1. Wettelijke tussenkomst en andere vergoedingen**

Op het bedrag van de verzekerde kosten wordt afgehouden:

- de tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering;
- iedere vergoeding in uitvoering van gelijk welke andere verzekering met hetzelfde oogmerk of vanwege gelijk welke kas, fonds, organisme of instelling.

7.2. Globaal terugbetalingsplafond

De medische kosten die verzekerd zijn worden terugbetaald volgens de voorwaarden omschreven in artikel 6. Er is geen globaal terugbetalingsplafond.

7.3. Vrijstelling

De vrijstelling voor de waarborgen: 'Hospitalisatie', 'Pre- en posthospitalisatie' en 'Buitenland' is gelijk aan 175,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. Deze vrijstelling is enkel van toepassing bij een opname met overnachting in een eenpersoonskamer of bij een dagopname in een eenpersoonskamer. Voor (dag)opname in een twee- of meerpersoonskamer is er geen vrijstelling.

Voor de waarborgen 'Ambulante verzorging ernstige ziekten' en 'Waarborg extramurale oogheelkunde' is er geen vrijstelling.

8. Uitsluitingen

Deze verzekering voorziet geen tussenkomst in de medische kosten die het gevolg zijn van:

- een opzettelijke of roekeloze daad van de verzekerde, tenzij bij wettelijke zelfverdediging of in geval van redding van personen of goederen;
- een oorlogsfeit, oorlog of burgeroorlog;
- burgerlijke onlusten, oproer, collectieve (politieke, ideologische of sociale) gewelddaden of terrorisme tenzij de verzekerde er niet actief heeft aan deelgenomen of in geval van wettige zelfverdediging of redding van personen of goederen;
- de vrijwillige deelname van de verzekerde aan een misdaad of wanbedrijf, tenzij bij wettige zelfverdediging;
- alcoholisme, hieronder wordt verstaan, het overmatig alcoholgebruik dat aanleiding geeft tot lichamelijke ziekten zonder dat er noodzakelijkerwijze sprake is van verslaving;
- het niet-therapeutisch gebruik van verdovende middelen of geneesmiddelen en toxicomanie;
- een ongeval of ziekte terwijl de verzekerde zich in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs bevindt;
- ongevallen die het gevolg zijn van een bezoldigde sportactiviteit met inbegrip van trainingen in de zin van de wet van 24 februari 1978 betreffende de arbeidsovereenkomst voor betaalde sportbeoefenaars;
- experimentele of wetenschappelijk niet beproefde behandelingen;
- anticonceptiebehandelingen zoals bijvoorbeeld sterilisatie;
- behandelingen van esthetische aard of esthetische zorgen, tenzij het gaat over herstellende chirurgie als gevolg van een verzekerd ongeval of een verzekerde ziekte;
- kuurbehandelingen zoals thermale- en dieetkuren, thalassotherapie en ontwenningkuren;
- een hospitalisatie die al aan de gang is op het moment van aansluiting van de verzekerde;
- kosten met prestatiedatum vóór de aansluitingsdatum van de verzekerde of na het einde van de aansluiting van de verzekerde behalve in de omstandigheden zoals beschreven in artikel 5.2.

9. Premie

De **maandelijkse premie** in EUR per verzekerde voor de waarborgen 6.1 t/m 6.5 is gelijk aan:

	volwassene	kind
netto premie	20,40	7,14
taksen en lasten	4,76	2,20
bruto premie	25,16	9,34

De bruto premie, inclusief alle taksen en lasten, is driemaandelijks vooraf betaalbaar.

De premies voor de hoofdverzekerden worden gedragen door de werkgever en geïnd door de beheerder.

De premies voor de medeverzekerden worden gedragen door de hoofdverzekerde en via overschrijving of domiciliëring geïnd door de beheerder.

De netto premie wordt jaarlijks op de vervalldag (N) opwaarts geïndexeerd op basis van de specifieke medische index voor hospitalisatiekosten, te weten het indexcijfer "Waarborg eenpersoonskamer" van de leeftijdsklasse "Globaal". De aanpassing gebeurt volgens de verhouding tussen het laatste specifieke indexcijfer van toepassing op de jaarlijkse vervalldag van de premie en het specifieke indexcijfer van het jaar daarvoor. Indien deze specifieke medische index leidt tot een verhoging die kleiner is dan de stijging van de index der consumptieprijzen (index der consumptieprijzen van de maand juni van het jaar N-1

gedeeld door de index der consumptieprijsen van de maand juni van het jaar N-2), dan gebeurt de indexatie op basis van de index der consumptieprijsen.

De raming van de acquisitiekosten (zie 1) in de nettopremie of handelspremie is op het ogenblik van het sluiten van dit verzekeringscontract gelijk aan 5,37%. De raming van de administratiekosten (zie 1) in de nettopremie of handelspremie is op het ogenblik van het sluiten van dit verzekeringscontract gelijk aan 3,21%.

(1) Informatie over kosten en lasten in uitvoering van het K.B. van 2 mei 2017, B.S. van 11 mei 2017.

Waarschuwing

“Merk op dat als u verschillende verzekeringsovereenkomsten gaat vergelijken, u niet enkel de geraamde kosten en lasten van de overeenkomsten met elkaar mag vergelijken, maar ook andere elementen in aanmerking moet nemen, zoals de reikwijdte van de waarborgen, het bedrag van eventuele vrijstellingen of de uitsluitingsclausules.

De hierboven opgegeven ramingen geven een beter zicht op het premiegedeelte dat wordt aangewend voor de dekking van het risico dat door de verzekeringsovereenkomst wordt gedekt. Het saldo van de premie, na aftrek van de taksen en bijdragen alsook van de acquisitie- en administratiekosten, bestaat immers uit het gedeelte van de premie dat wordt aangewend om de contractueel vastgelegde prestaties te verrichten en uit de andere kosten dan hierboven vermeld (waaronder de samengevoegde en onderling gedeelde kosten van de schadegevallen en het beheer ervan).

Deze ramingen zijn berekend op grond van de boekhoudkundige gegevens van het laatste boekjaar van de verzekeringsonderneming, als goedgekeurd door haar algemene vergadering”.

Deze ramingen zullen elk jaar opnieuw berekend worden op basis van het laatste boekjaar. De informatie daaromtrent zal telkens opgenomen zijn in het premieborderel van het lopende jaar. In de berekening van de premies met taksen en de ramingen van de kosten op de borderellen kan een minimaal verschil optreden door de afrondingsregels die worden toegepast.

De verzekerde is gehouden samen met de premies, alle bestaande of toekomstige taksen en parafiscale lasten te betalen. De verzekerde wordt door een premieafrekening van de verzekeraar of de beheerder verwittigd van het te betalen premiebedrag.

Bij niet-betaling uiterlijk vijftien dagen te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte op de post van een aangetekende brief, waarin de verzekerde herinnerd wordt aan de vervaldag van de premie en aan de gevolgen van niet-betaling binnen de gestelde termijn, is de waarborg van rechtswege geschorst bij het verstrijken van voormelde termijn voor alle kosten gemaakt vanaf de datum van schorsing.

De waarborg wordt slechts opnieuw van kracht na de volledige betaling van alle achterstallige premies. De verzekeraar behoudt zich het recht voor het verzekeringscontract op te zeggen gedurende de hierboven bedoelde schorsingsperiode. In dat geval wordt de opzegging van kracht na het verstrijken van de termijn van 15 dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing of van de ingebrekestelling waarin de schorsing wordt aangekondigd.

Voor de personen die aansluiten in de eerste helft van de maand (1^{ste} tot en met de 15^{de} dag) wordt een premie aangerekend voor de volledige maand. Voor de personen die aansluiten in de tweede helft van de maand (16^{de} tot en met de laatste dag van de maand) wordt geen premie aangerekend voor deze maand.

Voor de personen die uittreden in de eerste helft van de maand (1^{ste} tot en met de 15^{de} dag) wordt geen premie aangerekend voor deze maand. Voor de personen die uittreden in de tweede helft van de maand (16^{de} tot en met de laatste dag van de maand) wordt een premie aangerekend voor de volledige maand.

10. Medi-Link

De beheerder van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst zal voor de schaderegeling gebruik maken van het door haar ontwikkelde en beheerde derdebetalerssysteem Medi-Link.

De algemene voorwaarden van Medi-Link zijn bij deze overeenkomst gevoegd en maken er een integrerend deel van uit. De verzekeringnemer heeft kennis genomen van deze algemene voorwaarden en stemt in met de toepassing van Medi-Link en met de algemene voorwaarden.

11. Beheerder

Voor het beheer van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst worden door de verzekeraar bepaalde taken aan de beheerder toevertrouwd.

Een kaderovereenkomst regelt de taken die de beheerder uitvoert voor rekening van de verzekeraar.

In geval van opzeg van de kaderovereenkomst, zal ze van kracht blijven tot aan de afloop van de lopende verzekerde periode van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. Alle in die periode voorgevallen schadegevallen zullen beheerd blijven door de beheerder.

In geval van opzeg van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst zal de kaderovereenkomst van kracht blijven tot aan het einde van de verzekerde periode voorzien in de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. Alle in die periode voorgevallen schadegevallen zullen beheerd blijven door de beheerder.

12. Geschillen

De prestaties bedoeld in deze overeenkomst worden slechts toegekend onder voorbehoud van het recht van de verzekeraar op ieder ogenblik de gezondheidstoestand van de verzekerde te laten controleren door een door hem erkende geneesheer.

Ieder geschil van medische aard dat niet tussen de geneesheer van de verzekerde en de geneesheer van de verzekeraar is bijgelegd, kan in onderling akkoord tussen de verzekerde en de verzekeraar beslecht worden door een derde geneesheer. Deze derde geneesheer wordt door de twee eerste geneesheren bij onderling akkoord aangesteld.

Als de geneesheer van de verzekerde en de geneesheer van de verzekeraar geen akkoord kunnen vinden over de aanstelling van de derde geneesheer dan wordt deze aangeduid door de voorzitter van de Raad van de Orde van geneesheren die bevoegd is voor de woonplaats van de verzekerde.

Het ereloon van de derde geneesheer en van de eventuele gespecialiseerde onderzoeken die de derde geneesheer nodig acht is voor de helft ten laste van de verzekerde en voor de helft van de verzekeraar.

13. Slotbepalingen

13.1. Individuele voortzetting en voorfinanciering

Individuele voortzetting

Wanneer de verzekerde het recht op aansluiting bij deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest, kan hij zonder medische formaliteiten en wachttijden de verzekering individueel voortzetten bij de verzekeringsmaatschappij Allianz Benelux NV.

Hiervoor is vereist dat de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van de aansluiting bij deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst ononderbroken aangesloten is geweest bij een of meerdere opeenvolgende hospitalisatiepolissen afgesloten bij een verzekeringsmaatschappij.

Bepalingen met betrekking tot het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst voor de hoofdverzekerde.

Uiterlijk binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst, brengt de verzekeringnemer de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch op de hoogte van:

- de datum van het verlies van het voordeel van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst;
- de mogelijkheid om de verzekering individueel voort te zetten;
- de termijn waarbinnen de hoofdverzekerde, en desgevallend de leden van zijn gezin, hun recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen;
- de contactgegevens van Allianz Benelux NV.

De hoofdverzekerde, en desgevallend de leden van zijn gezin, beschikken over een termijn van dertig dagen om Allianz Benelux NV schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van hun intentie om de verzekering geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. Deze termijn kan met dertig dagen verlengd worden op voorwaarde dat Allianz Benelux NV daarvan schriftelijk of elektronisch in kennis wordt gesteld.

Deze termijn begint te lopen op de dag van ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch de mogelijkheid tot individuele voortzetting ter kennis brengt. Deze termijn verstrijkt in elk geval honderdenvijf dagen na de dag van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Allianz Benelux NV beschikt over een termijn van vijftien dagen om de hoofdverzekerde en desgevallend de leden van zijn gezin schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen.

De hoofdverzekerde en desgevallend de leden van zijn gezin beschikken tenslotte over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van ontvangst van het aanbod van Allianz Benelux NV. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

Bepalingen met betrekking tot het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst voor een gezinslid van de hoofdverzekerde.

Wanneer een gezinslid het voordeel verliest van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst door de hoofdverzekerde, beschikt dat gezinslid over een termijn van honderdenvijf dagen te rekenen vanaf het tijdstip dat hij voornoemd voordeel verliest, om Allianz Benelux NV schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van zijn intentie om zijn recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

Allianz Benelux NV beschikt hierna over een termijn van vijftien dagen om hem schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen.

Het gezinslid beschikt over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van ontvangst van het verzekeringsvoorstel van Allianz Benelux NV. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

Bepalingen met betrekking tot het individuele contract

De voorwaarden van het individuele contract zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij Allianz Benelux NV op het ogenblik van voortzetting, waarbij minstens waarborgen geboden worden die gelijksoortig zijn met de waarborgen van de voortgezette beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

De tariefvoorwaarden zijn deze die van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Het door de verzekerde aanvaarde individuele contract vangt aan op het ogenblik dat hij het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest.

Voorfinanciering

De Wet van 20 juli 2007 verplicht de verzekeringsmaatschappij om de verzekeringnemer in te lichten over de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen.

De verzekeringnemer bezorgt die informatie onmiddellijk aan de hoofdverzekerde.

De betaling van deze bijkomende premies heeft tot gevolg dat in geval van een individuele voortzetting de premie die de verzekerde individueel zal moeten betalen bepaald wordt rekening houdend met de gedane bijkomende betalingen.

De wet bepaalt dat het de verzekeringnemer is die moet bewijzen dat hij de bedoelde informatie heeft verstrekt, en voorziet in sancties.

Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft voormelde informatie mee te delen aan de hoofdverzekerde, is de verzekeringnemer het verschil verschuldigd tussen de premie berekend op grond van de leeftijd bereikt op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst en de premie berekend op grond van de leeftijd van de hoofdverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

13.2. Keuze van geneesheer en ziekenhuis

De verzekerde heeft de vrije keuze van:

- de geneesheren die wettelijk gemachtigd zijn te praktiseren;
- ziekenhuis;
- kamerkeuze in een ziekenhuis.

13.3. Modaliteiten van uitbetaling

De verzekerde ontvangt de tussenkomst berekend op basis van deze overeenkomst binnen de 10 werkdagen na het digitaal bezorgen van de nodige bewijsstukken aan de beheerder. In geval van toepassing van artikel 12, binnen de 10 werkdagen na de genomen beslissing. De verzekeraar is in geen enkel geval verwijntresten verschuldigd.

13.4. Verplichtingen van de verzekeringnemer en van de verzekerde bij schadegeval

- De verzekeringnemer en de verzekerden zijn verplicht om op digitale wijze te communiceren met zowel de verzekeraar als met de beheerder.
- Binnen de kortst mogelijke termijn en uiterlijk binnen de 14 dagen na de opname moet een hospitalisatie of een daghospitalisatie aan de verzekeraar digitaal worden gemeld volgens de afgesproken procedures via de website van de beheerder of de Vanbreda Health Care app. Er wordt geen vervallenverklaring opgelopen als de aangifte wordt gedaan binnen een termijn van 3 maanden indien bewezen is dat ze onmogelijk vroeger kon gedaan worden.
- De verzekerde moet alles in het werk stellen om digitaal alle inlichtingen te verstrekken over de ziekten, ongevallen, zwangerschappen of bevallingen die zich hebben voorgedaan en de gevolgen ervan. De verzekeraar heeft het recht om deze verklaringen en antwoorden te onderzoeken. De verzekerde moet de nodige maatregelen treffen om de geneesheren van de verzekeraar de mogelijkheid te geven bijkomende informatie over het schadegeval te vragen of de verzekerde eventueel te kunnen onderzoeken.

13.5. Verklaring van aansluiting en vertrek

- Binnen de maand na de aanvangsdatum van deze overeenkomst zal de verzekeringnemer via SD Worx, volgende info over de hoofdverzekerde aan de beheerder bezorgen:
 - o naam
 - o voornaam;
 - o geslacht;
 - o geboortedatum;
 - o adres;
 - o datum in dienst;
 - o personeelsnummer;
 - o datum van aansluiting,
 - o mailadres.
- De beheerder contacteert de hoofdverzekerde via mail met de vraag om online bovenvermelde info rond de te verzekeren gezinsleden te bezorgen.

- Tot slot zal de verzekeringnemer maandelijks via SD Worx alle wijzigingen aan de hierboven beschreven gegevens van de hoofdverzekerde aan de beheerder bezorgen. De wijzigingen aan de gegevens van de gezinsleden worden door de hoofdverzekerden zelf doorgegeven aan de beheerder via het online contactformulier. De hoofdverzekerde is verantwoordelijk voor de correctheid van de gegevens van zijn gezinsleden. Bij het einde van de aansluiting (waarborg en prestaties) dient de datum en de reden van het verlies van het statuut van verzekerde vermeld te worden.

13.6. Verval van de waarborgen

De waarborgen vervallen als de verzekeringnemer of de verzekerde:

- valse certificaten voorleggen of valse verklaringen afleggen of feiten, die de beslissing van de verzekeraar zouden hebben beïnvloed, bewust werden verzwegen;
- door vrijwillige vertraging of het nalaten een schadegeval tijdig aan de verzekeraar te melden, de verzekeraar niet meer kan nagaan of een schadegeval met zekerheid al dan niet binnen de verzekeringswaarborg valt.

13.7. Bescherming persoonsgegevens

In het kader van de samenwerking tussen partijen, bezorgen de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar persoonsgegevens die de verzekeraar verwerkt als Verwerkingsverantwoordelijke rekening houdende met de van toepassing zijnde privacywetgeving.

1. De verzekeraar heeft een Data Protection Officer aangesteld. Deze is bereikbaar op dpo@justitiantv.be of Justitia NV, t.a.v. Data Protection Officer, Plantin en Moretuslei 301, 2140 Antwerpen.
2. De verzekeraar verwerkt deze persoonsgegevens om te voldoen aan haar wettelijke verplichtingen (hierna 'WP') (zoals o.a. in het kader van de AssurMiFID-, de antiwitwas- en de anti-terroriswetgeving), in het kader van de uitvoering van dit Verzekeringscontract (hierna 'OV'), als de verwerking noodzakelijk is in het kader van rechtsvorderingen (hierna 'RV') en voor de behartiging van haar gerechtvaardigde belangen (hierna 'GB'). In bepaalde gevallen zal de betrokkene toestemming voor de verwerking moeten geven.
3. De verzekeraar zal deze persoonsgegevens verwerken voor volgende doeleinden:
 - o klantenbeheer (WP en/of OV en/of GB);
 - o behandeling van de aanvragen en schadegevallen (OV);
 - o beheer van ziekteverzekeringen (OV);
 - o beheer van betwistingen en geschillen (OV en/of RV);
 - o technisch-commerciële inlichtingen (OV en/of RV);
 - o public relations (GB);
 - o bestrijding van fraude en inbreuken van het cliënteel (GB)
 - o beveiliging (GB)
 - o bescherming van de maatschappij, eigen sector of organisatie (WP en/of GB)
4. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om het beheer van dit contract en/of van de schadegevallen aan Vanbreda Risk & Benefits toe te vertrouwen. Hiertoe sluit ze met deze laatste een kaderovereenkomst.

5. In het kader van samenwerking kan de verzekeraar deze persoonsgegevens doorgeven aan de beheerder Vanbreda Risk & Benefits, experts, controle-artsen, mutualiteiten. Deze persoonsgegevens kunnen ook verwerkt worden door leveranciers of onderaannemers van de verzekeraar die optreden als Verwerker. Indien de verzekeraar hiertoe wettelijk verplicht is, kunnen deze persoonsgegevens doorgegeven worden aan overheidsinstanties.
6. Tenzij dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de overeenkomst, worden de persoonsgegevens niet verwerkt of doorgegeven naar landen buiten de Europese Unie.
7. Deze persoonsgegevens worden ten laatste vernietigd na de verjaring van de aansprakelijkheidstermijn voor potentiële klachten.
8. Elke betrokkene heeft het recht om de verzekeraar te verzoeken om de inzage en rectificatie, wissing of beperking van de persoonsgegevens van de hem betreffende verwerking. Hij mag bezwaar maken tegen de verwerking en heeft een recht op gegevensoverdraagbaarheid.
9. Indien de verwerking gebaseerd is op toestemming, heeft de betrokkene het recht om deze toestemming in te trekken. Zulke intrekking doet geen afbreuk aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming voor de intrekking daarvan.
10. Elke betrokkene heeft het recht klacht in te dienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit of diens opvolger.
11. De door de verzekeraar opgevraagde persoonsgegevens zijn noodzakelijk voor een goede uitvoering van de samenwerking. Indien deze persoonsgegevens niet worden verstrekt, kan de verzekeraar verdere samenwerking weigeren of kan deze niet (volledig) volgens de regels van de kunst worden uitgevoerd.
12. De persoonsgegevens kunnen gebruikt worden voor geautomatiseerde besluitvorming. Indien dit het geval is, zal de verzekeraar de betrokkene hierover inlichten.

Meer informatie over het privacybeleid van Justitia is terug te vinden op www.justitia.be/nl/privacy.

13.8. Indeplaatsstelling of subrogatie

De verzekeraar die tot betaling is gehouden of een betaling heeft verricht treedt in de rechten en vorderingen die de verzekerde op aansprakelijke derden kan hebben. De verzekerde mag bijgevolg noch geheel noch gedeeltelijk afstand doen van om het even welk verhaal op derden.

De voorgelegde bewijsstukken worden eigendom van de verzekeraar.

13.9. Woonkeuze

De woonplaats van de verzekeringnemer en van de verzekeraar is van rechtswege gekozen op hun respectievelijke maatschappelijke zetel en voor de verzekerde op de laatste woonplaats gekend door de verzekeringnemer.

13.10. TRIP

Justitia NV neemt deel aan de "Terrorism Reinsurance and Insurance Pool" (TRIP). Deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst "Gezondheidszorgen" dekt bijgevolg de schade veroorzaakt door een daad van terrorisme zoals gedefinieerd en geregeld door de wet van 3 mei 2024, binnen het kader, de perken en de tijdslimieten van deze wet.

13.11. Wetgeving van toepassing

De Belgische wetgeving is van toepassing op dit contract dat meer bepaald wordt geregeld door de Wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014 en door de diverse uitvoeringsbesluiten.

De dwingende bepalingen ervan leiden tot de opheffing, de vervanging of de aanvulling van de voorwaarden van dit contract die ermee strijdig zouden zijn.

13.12. Bijlagen

Volgende bijlage maakt integraal deel uit van deze overeenkomst: bijlage 1: algemene voorwaarden Medi-Link.

Gedaan in Antwerpen, op */*/20** in * exemplaren waarvan iedere partij erkent één exemplaar te hebben ontvangen.

de verzekeringnemer

de verzekeraar

*naam verzekeringnemer
*naam en functie ondertekenaar

Justitia NV
Kris Heyman
Bestuurder

Bovenvermelde bepalingen zijn enkel van toepassing voor zover dit contract binnen de 30 dagen na de ingangsdatum vermeld in artikel 2. Duur van de overeenkomst, ondertekend wordt teruggestuurd.

Bijlage 1: algemene voorwaarden Medi-Link



General conditions Medi-Link

1. An admission to (one-day) hospital only is eligible for payment via Medi-Link if the admission is declared to us in time, if it is covered by the guarantee and if it takes place in a hospital that is associated with Medi-Link.
2. A scheduled admission to (one-day) hospital needs to be declared to us 15 days in advance. In case insufficient or unclear information is given when reporting the admission, additional information will be asked for. To be able to accept the admission in time, we must have this information at our disposal at the latest 7 days prior to the admission to (one-day) hospital. An emergency admission needs to be reported to us as soon as possible and will be given priority. If the emergency (one-day) admission results from an accident, this needs to be mentioned explicitly when reporting the admission. For if the (one-day) admission results from an accident, the insurant must provide Vanbreda with additional information about the accident and, if applicable, about the parties concerned, the official report, or other insurances.
3. If the (one-day) admission for which Medi-Link was activated is not accepted medically, the full amount that was paid to the hospital will be recovered from the insurant. In case the scheduled admission is changed or if it concerns another (one-day) admission than the scheduled admission this must be reported immediately and explicitly.
4. The decision regarding the use of Medi-Link for the admission is a once-only decision and shall apply only for the reported date of admission. The decision will be confirmed digitally or in writing to the insurant. The hospital will be informed in time. An exception to this once-only acceptance is the admission for childbirth: the probable date of delivery needs to be reported in time. The confirmation of the acceptance concerning the declared childbirth must be presented at the moment of admission to hospital.
5. In case of an accepted (one-day) admission all statutory invoiced costs by the hospital will be directly paid by Vanbreda to the hospital. The direct payment applies only for hospital admissions for which a statutory fixed day sum or staying costs are invoiced and for which there is a statutory reimbursement of the public health insurance fund (RIZIV-INAMI). If upon receipt of the hospital bill it is found that no statutory fixed day sum or staying costs were charged or that no statutory reimbursement was granted, the hospital will collect the payment directly from the insurant / patient.
6. Any exemption and costs that are not covered by the hospitalisation guarantee must be refunded to us within 30 days of receipt of the settlement note.
7. In some cases, the insurant needs to pay or refund an amount to Vanbreda. For instance, in case of a Medi-Link reclamation or in case of a request to pay the insurance premium when this premium is not paid by the employer. If the insurant needs to pay or refund an amount to Vanbreda, the applicable term of payment is 30 calendar days.

As long as the amount due is not paid by the insurant, Vanbreda has the possibility to freeze payments with regard to any submitted pre and post hospitalisation medical expenses related to that (one-day) hospitalisation and/or submitted medical expenses related to another (one-day) hospitalisation. As soon as we have received the balance payable the frozen payments will be released. However, Vanbreda reserves the right to take any outstanding balances payable into account. In that case, the applicable statutory interest can be charged.

In case of prolonged non-payment, Vanbreda has the possibility to also inform the employer of this and to block the Medi-Link cards of all family members. After 3 months of non-payment this blocking will be irrevocable.

8. These general conditions may be supplemented or amended at any time by Vanbreda. In the event of modifications of non-essential characteristics, the insurant will be informed in writing or otherwise. In the event of modifications of essential characteristics, notification shall be given within a reasonable period of time prior to their application. In case the insurant does not agree, he is entitled to communicate his refusal of further use of Medi-Link within 30 days of notification. This refusal applies for all family members and is irrevocable.
9. Although the Medi-Link service is offered collectively, an insurant that cannot declare himself in agreement with the above general conditions has the individual right of refusal. The insurant must inform Vanbreda in writing of his refusal to use Medi-Link. This notification must be done within 30 days after access to the Medi-Link service for which these general conditions apply. As a consequence, this refusal applies for all family members and is irrevocable.