

OPDRACHTGEVER

FEDERALE PENSIOENDIENST
ZUIDERTOREN
1060 BRUSSEL



Open aanbesteding

BIJZONDER BESTEK N° FPD/S300/2017/03

Hospitalisatieverzekering

April 2017

INHOUDSOPGAVE

EERSTE DEEL – ADMINISTRATIEVE CLAUSULES	5	
1	Wetgeving	5
2	Opdrachtgever.....	5
3	Voorwerp van de opdracht.....	5
4	Offertes verstuurd via elektronische middelen	6
5	Offertes die niet via elektronische middelen worden ingediend.....	6
6	Opening van de offertes	7
7	Kwalitatieve selectiecriteria.....	7
7.1	Economische en financiële draagkracht	7
7.2	Technische draagkracht	8
8	Gunningscriteria	8
9	Percelen	8
9.1	Perceel 1	9
9.2	Perceel 2.....	10
9.2.1	De plaatselijke of provinciale overheidssdienst neemt de premie van de verzekerden volledig ten laste.....	10
9.2.2	De plaatselijke of provinciale overheidssdienst neemt de premie van de verzekerden niet of niet volledig ten laste	10
9.3	Perceel 3.....	10
10	Premie.....	12
11	Gebruik van de talen:	12
12	Facturatie van de premies	12
13	Controle van en het toezicht op de opdracht.....	12
TWEEDE DEEL – Specifieke administratieve clausules.....	13	
1	Definities	13
2	Waarborgen.....	15
2.1	Ziekenhuisopname	15
2.1.1	Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV	15
2.1.2	Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend.....	15
2.2	Pre en posthospitalisatie	16
2.2.1	Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV	16
2.2.2	Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend.....	16
2.3	Ernstige ziekten.....	16



2.3.1	Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV	17
2.3.2	Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend.....	17
2.4	Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp	17
3	Kiezen van de formule.....	17
4	Territorialiteit.....	18
5	Omvang van de terugbetalingen door de verzekeraar	18
6	Vrijstelling.....	19
7	Uitsluitingen.....	19
8	Begin en looptijd van de verzekering	20
9	Aansluiting en wachttijd	20
9.1	Aansluiting.....	20
9.2	Wachttijd en vroegere ziekten of aandoeningen	20
9.2.1	De hoofdverzekerden, waarvan de premie volledig ten laste is van de FPD , de RSZ of van de aangesloten plaatselijke of provinciale overheidsdienst en hun nevenverzekerden	20
9.2.2	De hoofdverzekerden, waarvan de premie niet of slechts gedeeltelijk ten laste is van de FPD, de RSZ of van de aangesloten plaatselijke of provinciale overheidsdienst en hun nevenverzekerden	20
9.2.3	Overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde	21
9.2.4	Weduwen en weduwnaars.....	21
9.2.5	Reeds bestaande ziekten of aandoeningen.....	22
10	Betaling van de premie.....	22
11	Einde van de individuele dekking.....	22
11.1	Hoofdverzekerden	22
11.2	Nevenverzekerden	23
12	Administratie.....	23
13	Schadebeheer en administratieve ondersteuning	24
13.1	Aangifte - Verplichtingen bij schadegeval	24
13.2	Overmaken van de bewijsstukken inzake de kosten.....	24
14	Recht op individuele voorzetting van een collectieve beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.....	25
15	Continuïteit van de lopende dossiers (overname vanaf 1.1.2018).....	25
	Bijlagen.....	26
1	Inschrijvingsformulier.....	26
2	Bijlage A:Prijslijst	29
2.1	Perceel 1	29



2.2	Perceel 2.....	30
2.2.1	De lokale of provinciale overheidsdienst neemt de premie van de hoofdverzekerden volledig ten zijne laste.	30
2.2.2	De lokale of provinciale overheidsdienst neemt de premie van de hoofdverzekerden niet of slechts gedeeltelijk ten zijne laste.	30
2.3	Perceel 3.....	31

EERSTE DEEL – ADMINISTRATIEVE CLAUSULES

1 Wetgeving

De wetgeving inzake overheidsopdrachten is van toepassing zoals ze geldend is op de dag van publicatie van deze opdracht, behoudens de hierna vermelde afwijkingen en verduidelijkingen.

Het betreft in het bijzonder:

- Wet van 15 juni 2006 – overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten;
- Wet van 17 juni 2013 – Wet betreffende de motivering, de informatie en de rechtsmiddelen inzake overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten;
- Koninklijk besluit van 15 juli 2011 - Koninklijk Besluit betreffende plaatsing overheidsopdrachten klassieke sectoren;
- Het Koninklijk Besluit van 14 januari 2013 - Koninklijk Besluit tot bepaling van de algemene uitvoeringsregels van de overheidsopdrachten en van de concessies voor openbare werken;

Zijn eveneens van toepassing de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, de wijzigingen aan deze wet en de wet van 20 juli 2007 (een titel III wordt ingevoegd in het hoofdstuk IV waarvan de afdeling III de individuele voortzetting van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst betreft – de aandacht van de inschrijvers wordt gevestigd op de volgende artikelen van deze afdeling:

- 138bis-8 betreffende de toekenningsvoorwaarden;
- 138bis- 9 betreffende de door de verzekeraar te verstrekken informatie;
- 138bis- 10 betreffende de waarborgen;
- 138bis-11 betreffende de premie

En de uitvoeringsbesluiten.

Indien tijdens de uitvoering van de overeenkomst wettelijke bepalingen van kracht worden, zoals deze beschreven in artikel 138bis-4 of gelijkaardige bepalingen, dan zal de dienstverlener deze bepalingen moeten toepassen in het lopende contract.

2 Opdrachtgever

De opdrachtgever of de verzekeringsnemer is de Federale Pensioendienst, Zuidertoren,1060 BRUSSEL.

In toepassing van artikel 38 van de wet overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten betreft dit een samengevoegde opdracht voor rekening van verschillende aanbestedende overheden. De Rijksdienst voor Sociale Zekerheid duidt de Federale Pensioendienst aan om in zijn naam als aanbestedende overheid op te treden. Zie ook punt 9 - Percelen.

Enmaal dit perceel (perceel 3) gegund, wordt het dossier verder rechtstreeks afgehandeld door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.

Bijgevolg moet door “FPD” worden verstaan: “Federale Pensioendienst en “Rijksdienst voor Sociale Zekerheid”, behalve in het geval van een duidelijke vermelding: “ Rijksdienst voor Sociale Zekerheid” als een zelfstandige entiteit.

3 Voorwerp van de opdracht

De dienstverlening heeft als onderwerp:

- De hospitalisatiekosten evenals de kosten betreffende de daaraan verbonden ambulante zorgen;
- De kosten in verband met sommige ernstige ziekten.

overeenkomstig de nadere bijzonderheden van dit bijzonder bestek.

Deze opdracht van diensten wordt toegekend volgens de procedure van de open aanbesteding.

De opdracht moet op 1 januari 2018 in werking treden en de overeenkomst zal gesloten worden voor een periode van vier jaar.

4 Offertes verstuurd via elektronische middelen

Wanneer elektronische middelen worden gebruikt voor het indienen van de offerte, moet de elektronische handtekening conform zijn met de regels van het Europees recht en het daarmee overeenstemmend nationaal recht inzake de geavanceerde elektronische handtekening met een geldig gekwalificeerd certificaat, waarbij deze handtekening werd gerealiseerd via een veilig middel voor het aanmaken van een handtekening. (Artikel 52, § 1, 1° van het KB van 15 juli 2011).

Offertes die via elektronische middelen worden ingediend, kunnen verstuurd worden via de internetsite e-Tendering <https://eten.publicprocurement.be/> die de naleving waarborgt van de voorwaarden van artikel 52 van het KB van 15 juli 2011.

Aangezien het versturen van een offerte per e-mail niet aan de voorwaarden van artikel 52 van het KB van 15 juli 2011 voldoet, wordt het niet toegestaan om op deze wijze een offerte in te dienen.

Indien nodig worden de attesten zoals gevraagd in de opdrachtdocumenten, in PDF gescand om ze bij de offerte te voegen. Bij te voegen documenten die niet of slechts uiterst moeilijk met elektronische middelen kunnen worden aangemaakt, kunnen op papier bezorgd worden vóór de uiterste ontvangstdatum.

Door zijn offerte volledig of gedeeltelijk via elektronische middelen in te dienen, aanvaardt de inschrijver dat de gegevens die voortvloeien uit de werking van het ontvangststelsel van zijn offerte geregistreerd worden.

Meer informatie kan worden teruggevonden op volgende website : <http://www.publicprocurement.be> of via de helpdesk van e-Procurement op het nummer : +32 (0)2 790 52 00.

5 Offertes die niet via elektronische middelen worden ingediend

De offertes die niet elektronisch worden ingediend, worden ingediend in een gesloten omslag, in twee exemplaren (één origineel en 1 kopie) volgens het inschrijvingsformulier gevoegd bij dit lastenboek.

Op deze gesloten omslag dienen de volgende vermeldingen te worden aangebracht:

Het adres: Federale Pensioendienst
 De heer Marc LEUNENS
 Adviseur-generaal
 17^e verdieping
 Zuidertoren
 1060 BRUSSEL

Met de vermelding van:

- **OFFERTE**
- Datum van de opening van de offertes: **2 juni 2017 om 10 uur**
- Nummer van het bestek: **FPD/S300/2017/03**

De uiterste datum van verzending van de offerte bij aangetekend schrijven is 31 mei 2017 (datum poststempel).



Bij aangetekende verzending met de post moet deze verzegelde omslag zich bevinden in een tweede gesloten omslag met de volgende vermeldingen:

Het adres: Federale Pensioendienst
 De heer Marc LEUNENS
 Adviseur-generaal
 17^e verdieping
 Zuidertoren
 1060 BRUSSEL

Vermelding:

- **OFFERTE**
- Nr van het bestek : **FPD/S300/2017/03**

De inschrijvingen ingediend per drager of door een koeriersbedrijf moeten worden afgeleverd tegen ontvangstbewijs dat wordt afgetekend door het secretariaat van de heer Marc LEUNENS, adviseur-generaal, Zuidertoren, 17^e verdieping, 1060 BRUSSEL. Enkel dit ontvangstbewijs zal als bewijsmiddel aanvaard worden in geval van een geschil omtrent de datum van indiening van de inschrijving.

6 **Opening van de offertes**

Op	2 juni 2017 om 10 uur	wordt in de vergaderzaal op de 17 ^e verdieping van de Zuidertoren in openbare zitting overgegaan tot de opening van de offertes.
----	------------------------------	---

Voor het opmaken van zijn offerte, gebruikt de inschrijver de formulieren gevoegd bij dit bestek.

Als hij het op andere documenten opmaakt dan op het voorzien formulier, moet de inschrijver op elk van de documenten verklaren dat het conform is aan het model gevoegd bij het bijzonder bestek.

Elke onvolledige offerte zal, bij de opening, als niet conform beschouwd worden.

De inschrijvers kunnen vrije varianten indienen, op een afzonderlijk blad gevoegd bij de offerte.

7 **Kwalitatieve selectiecriteria**

Door in te schrijven op deze opdracht verklaart de inschrijver dat hij zich niet in één van de uitsluitingsgevallen bevindt zoals bedoeld in artikel 61 § 4 van het KB van 15.07.2011 betreffende plaatsing overheidsopdrachten klassieke sectoren.

7.1 **Economische en financiële draagkracht**

De dienstverlener moet voorleggen:

- Een verklaring van de bank;
- Een verklaring betreffende de specifieke jaarlijkse omzet inzake de diensten in hospitalisatieverzekering, onderwerp van onderhavige opdracht, ttz. beroepsgebonden, van de laatste 3 jaar

Specifiek omzetcijfer: in functie van de percelen waarvoor de inschrijvers een prijs indienen:

- Perceel 1 : minimum € 4 000 000,00;
- Perceel 2 : minimum € 30 000 000,00;
- Perceel 3 : minimum € 4 000 000,00;
- Percelen 1 + 3 : minimum € 8 000 000,00;
- Alle percelen : zie perceel 2.

Ter controle, zullen van de Belgische bedrijven de jaarrekeningen en het globaal omzetcijfer van de drie laatste jaren opgevraagd worden bij de Nationale Bank van België door de FPD zelf omdat hij een elektronische toegang heeft tot deze databases.

De andere, niet-Belgische bedrijven moeten de jaarrekeningen en het globaal omzetcijfer van de drie laatste jaren voorleggen.

7.2 Technische draagkracht

De dienstverlener moet voorleggen:

- De vergunning voorzien in de artikelen 17 en 18 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen.- tak 2 (Ziekte) of een gelijkaardige vergunning voorzien in het land van de inschrijver.
- Een lijst met ten minste 3 gelijkwaardige (ttz beroepsgebonden) verzekeringspolissen van de laatste 3 jaar. Deze referenties vermelden: datum en de naam van de publiek- of privaatrechtelijke instanties waarvoor zij bestemd waren (naam en telefoonnummer van de contactpersoon).
Referenties: in functie van de percelen waarvoor de inschrijvers een prijs indienen:
 - Perceel 1: minimum 5 000 aangeslotenen per polis;
 - Perceel 2: minimum 150 000 aangeslotenen in totaal (waarvan 1 polis voor minimum 50 000 aangeslotenen);
 - Perceel 3: minimum 5 000 aangeslotenen per polis;
 - Percelen 1 + 3: minimum 10 000 per polis (of 6 verschillende polissen voor een minimum van 5 000 aangeslotenen per polis);
 - Alle percelen: zie perceel 2.
- Een verklaring betreffende de gemiddelde jaarlijkse personeelsbezetting en de omvang van het kader in de afdeling "hospitalisatie" gedurende de laatste 3 jaren.

8 Gunningscriteria

De toekenning heeft plaats op basis van het enige gunningscriterium hierna :

- De prijs van de inschrijving, volgens de tabellen die aan het inschrijvingsformulier zullen moeten toegevoegd worden.

9 Percelen

De opdracht wordt verdeeld in 3 percelen:

- Perceel 1: betreft het personeel, de nevenverzekerden en de gepensioneerden van de Federale Pensioendienst (verder FPD);
- Perceel 2: betreft het personeel, de nevenverzekerden en de gepensioneerden van de plaatselijke of provinciale overheidsdiensten;
- Perceel 3: betreft het personeel, de nevenverzekerden en de gepensioneerden van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.

De inschrijver kan een offerte voor 1, 2, of alle 3 percelen indienen.

Zie artikel 36 van de wet van 15 juni 2006 overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten: " Een opdracht kan in verschillende percelen worden onderverdeeld.

In dat geval heeft de aanbestedende overheid het recht er slechts enkele te gunnen en eventueel te besluiten de andere op te nemen in één of meer nieuwe opdrachten die desnoods op een andere wijze zullen worden geplaatst."

Krachtens het artikel 21, 5°, van de wet van 18 maart 2016 tot wijziging van de benaming van de Rijksdienst voor Pensioenen in Federale Pensioendienst, tot integratie van de bevoegdheden en het personeel van de Pensioendienst voor de Overheidssector, van de opdrachten "Pensioenen" van de lokale en provinciale sectoren van de Dienst voor de Bijzondere socialezekerheidsstelsels en van HR

Rail en tot overname van de gemeenschappelijke sociale dienst van de Dienst voor de Bijzondere socialezekerheidsstelsels. De diensten die door de Gemeenschappelijke sociale dienst worden aangeboden bestaan uit “ de toegang tot de collectieve hospitalisatieverzekeringsovereenkomst van de plaatselijke en provinciale besturen”.

Overeenkomstig de omzendbrief BA2000/14 aangevuld door omzendbrief BA2001/03 inzake toelichting bij het sectoraal akkoord 1999-2001 voor het personeel van de lokale overheden, uitgaande van de Vlaams Minister van Binnenlandse aangelegenheden zijn de plaatselijke overheidsdiensten van Vlaanderen verplicht een dergelijke verzekering af te sluiten voor hun personeelsleden.

Er moet worden aan toegevoegd dat de sectoriele conventie 2011-2012 voor het personeel van de lokale en provinciale publieke diensten, door een protocol overeenkomst van het comité C Wallonië van 1 april 2014, een afdeling bevat met volgende bepaling “De regering verbindt zich ertoe om zich niet te verzetten tegen het aangaan door de werkgever van een hospitalisatieverzekering voor alle personeelsleden van de lokale besturen in de ruime betekenis”.

De aansluiting van de verzekerden gebeurt in alle geval op vrijwillige basis.

Aantal aangeslotenen worden meegedeeld ten indicatieve titel deze gegevens zullen echter in acht genomen worden voor de prijsvergelijking bij de gunning. Voor lot 3: de verhouding, die in acht zal genomen worden voor de prijsvergelijking, tussen de basisformule en de uitgebreide formule is dezelfde als in lot 1 (zie ook verder 9.3).

Schadestatistieken kunnen op aanvraag bekomen worden bij de contactpersonen vermeld bij punt 13 - Controle van en het toezicht op de opdracht.

De FPD, de RSZ, de lokale en provinciale overheidsdiensten informeren de verzekeraar over het gedeelte van de premie die zij ten laste nemen en het gedeelte dat de verzekerde zelf moet betalen.

9.1 Perceel 1

De FPD neemt vandaag (huidige situatie 2017) de volledige premie van de basisformule ten laste en een gedeelte voor de uitgebreide formule.

Leeftijd verzekerde	Basisformule (aantal)	Uitgebreide formule (aantal)
0 tot 20 jaar	468	178
21 tot 49 jaar	1166	293
50 tot 64 jaar	1418	353
65 tot 69 jaar	353	53
70 jaar en meer	661	162



9.2 Perceel 2

9.2.1 De plaatselijke of provinciale overheidssdienst neemt de premie van de verzekerden volledig ten laste

Leeftijd verzekerde	Basisformule (aantal)	Uitgebreide formule (aantal)
0 tot 20 jaar	7.043	12.269
21 tot 49 jaar	15.706	22.855
50 tot 64 jaar	13.046	16.113
65 tot 69 jaar	2.113	2.219
70 jaar en meer	2.817	2.556

9.2.2 De plaatselijke of provinciale overheidssdienst neemt de premie van de verzekerden niet of niet volledig ten laste

Leeftijd verzekerde	Basisformule (aantal)	Uitgebreide formule (aantal)
0 tot 20 jaar	2.856	4.552
21 tot 49 jaar	7.823	7.691
50 tot 64 jaar	4.363	5.529
65 tot 69 jaar	1.149	1.727
70 jaar en meer	1.538	1.756

9.3 Perceel 3

Het huidige contract van de RSZ voorziet geen onderscheid tussen een basisformule en een uitgebreide formule. Een vrijstelling van 75 € is voorzien voor een kamer met twee bedden en een vrijstelling van 150 € voor een éénpersoonskamer. Alle personeelsleden van de RSZ zijn ambtshalve verzekerd. De RSZ neemt vandaag (huidige situatie) volledig de premie ten laste van het actief personeel, en 30% van de premie voor hun gezinsleden (levenspartner, kinderen), en 50% van de premie voor de gepensioneerden en 30% voor de gezinsleden (levenspartner, kinderen) van de gepensioneerden. Een (fusie)-integratie met de inspectiediensten van Sociale Zaken is voorzien voor 01/07/2017.

Personeel RSZ		
Leeftijd verzekerde	Actieve medewerkers	Gezinsleden
0 à 20 jaar	1	627
21 à 49 jaar	819	379
50 à 64 jaar	755	176
65 à 69 jaar	13	12
70 jaar en ouder	0	1
Totaal	1588	1195



Gepensioneerden RSZ		
Leeftijd verzekerde	gepensioneerden	gezinsleden
0 à 20 jaar	0	8
21 à 49 jaar	8	21
50 à 64 jaar	102	46
65 à 69 jaar	96	46
70 jaar en ouder	178	100
Totaal	384	221

Integratie-fusie Sociale Inspectie 01/07/2017 - raming bijkomend personeel: 250		
Leeftijd verzekerde	Actieve medewerkers	Gezinsleden - raming
0 à 20 jaar	0	108
21 à 49 jaar	141	56
50 à 64 jaar	106	22
65 à 69 jaar	3	1
70 jaar en ouder	0	0
Totaal	250	187

Algemeen totaal op 01/01/2018 (actieven + gepensioneerden + gezinsleden actieven + gezinsleden gepensioneerden)		
Leeftijd verzekerde	Actieve medewerkers + gepensioneerden	Gezinsleden - raming
0 à 20 jaar	1	743
21 à 49 jaar	968	456
50 à 64 jaar	963	244
65 à 69 jaar	112	59
70 jaar en ouder	178	101
Algemeen totaal	2222	1603



10 Premie

Zie punt 10 – TWEEDE DEEL – SPECIEFIEKE ADMINISTRATIEVE CLAUSULES

11 Gebruik van de talen:

De brieven met betrekking tot de globale uitvoering van de overeenkomst zullen opgemaakt worden in de taal van de weerhouden offerte.

De brieven gericht aan de aangesloten personen zullen echter opgesteld worden in de taal van het desbetreffend personeelslid.

12 Facturatie van de premies

De hoofdverzekerden

De totale premie wordt betaald door de FPD voor het perceel 1 en door de aangesloten lokale en provinciale overheden voor het perceel 2 en door de RSZ voor perceel 3 indien deze beslissen de premie ten laste nemen. Dit geldt eveneens indien er wordt beslist om gedeeltelijk tussen te komen in de uitgebreide formule. Het saldo van de factuur wordt rechtstreeks overgemaakt aan de individuele verzekerden.

Indien de FPD, de RSZ of de aangesloten lokale of provinciale overheden de premie niet of niet volledig ten laste nemen, wordt de facturatie van de totale premie of het saldo (verschil tussen de totale premie en de tussenkomst) in principe individueel geadresseerd aan de verzekerden.

Opmerking: de bedragen van de premies toepasbaar op hoofdverzekerden in de categorie "50 tot 64 jaar inbegrepen" blijven toepasbaar op de hoofdverzekerden die nog in dienst zijn bij de FPD, de RSZ of bij de aangesloten lokale of provinciale overheden na hun 65 jaar.

De nevenverzekerden

De verzekeraar ontvangt rechtstreeks de premie van de nevenverzekerden, voor zover deze de volledige premie moeten betalen.

Het gedeelte van de premie, dat in voorkomend geval, ten laste wordt genomen door de FPD, de RSZ, de aangesloten lokale of provinciale overheden zal dan ook rechtstreeks aan hen worden gefactureerd.

Op vraag van de FPD, de RSZ of van de aangesloten lokale of provinciale overheden, kan er worden overeengekomen om de facturatie voor de hoofdverzekerden en nevenverzekerden te laten gebeuren door tussenkomst van een aangesloten overheid.

13 Controle van en het toezicht op de opdracht

De controle van en het toezicht op de opdracht wordt uitgevoerd door de dienst MEDISOC van de FPD vertegenwoordigd door de Heer Sebastien Schmit, Attaché – tel.02/529 37 08 en door Mevrouw Marie-Françoise Rappe, Adviseur – tel.02/529 39 73 voor de gemeenschappelijk sociale dienst (voor de plaatselijke of provinciale overheidsdiensten). Voor de RSZ is de contactpersoon: de heer Vincent Barthélemy, directeur-generaal – tel. 02/509 30 55.

Alle nuttige inlichtingen betreffende de opdracht kunnen bij bovenvermelde personen bekomen worden of bij:

- de heer Marc LEUNENS, Adviseur – generaal, tel. 02/ 529 22 12,
- de heer Yves DE GHESELLE, Attaché, tel. 02/ 529 22 91.

TWEEDE DEEL – Specifieke administratieve clausules

Om de vergelijking met de verschillende offertes te vergemakkelijken en mogelijk te maken, heeft de verzekeringnemer een basispolis opgemaakt (de hierna algemene voorwaarden inzake dekking).

De verzekeraar zal bijstand verlenen aan een informatiecampagne voor de verzekerden.

Een elektronische en papieren brochure in het Nederlands, Frans en Duits moet worden voorzien.

Vrije varianten zijn toegelaten, maar de vervanging van dit bijzonder bestek (basispolis) door een standaardpolis van de inschrijvende maatschappij is niet toegelaten. Als de vrije varianten een wijziging van de premie meebrengen, moet dit vermeld worden. De inschrijver is in elk geval verplicht een basisofferte (= onderhavig bijzonder bestek) in te dienen.

1 Definities

- 1 De "verzekeringnemer": de Federale Pensioen Dienst die de verzekering heeft afgesloten voor rekening van de verzekerden, zoals hierna bepaald.
- 2 "Hoofdverzekerden": de statutaire personeelsleden en de contractuele personeelsleden in dienst van de FPD, de RSZ en van de plaatselijke of provinciale overheidsdienst en in voorkomend geval zijn mandatarissen, die zich aansluiten vóór de leeftijd van 65 jaar (tot het einde van het lopende kalenderjaar waarin de leeftijdslimiet wordt bereikt).

Deze verzekerde personeelsleden kunnen op vrijwillige basis gratis van deze verzekering genieten voor zover de overheidsdienst hun premie ten laste neemt op zijn begroting.

- 3 "Nevenverzekerden":
 - 3.1 de vermelde personeelsleden die op rustpensioen worden gesteld vanaf 1 januari 2018 voor zover zij op het moment van hun pensionering instemmen met de ononderbroken voortzetting van hun verzekering;
 - 3.2 De echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner met hetzelfde domiciliëringsadres van de hoofdverzekerde voor zover de aansluiting gebeurt vóór de leeftijd van 65 jaar.
 - 3.3 De kinderen van hiervoor vermelde personen waarop de wetgeving inzake kinderbijslag van toepassing is of die, wanneer zij daar geen recht meer op hebben, fiscaal ten laste blijven of gedomicilieerd blijven op hetzelfde adres van de voornoemde personen; de kleinkinderen die ten laste zijn van de hiervoor vermelde personen of die, wanneer dit niet meer het geval is, gedomicilieerd blijven op het zelfde adres als dat van de titularis (persoon die het recht opent op aansluiting) de kinderen, geplaatst onder wettelijke voogdij van de hiervoor vermelde personen.
 - 3.4 De op 1 januari 2018 reeds gepensioneerd verzekerden, die op die datum aangesloten waren bij de huidige collectieve verzekering van de FPD, de RSZ of deze van de plaatselijke of provinciale overheidsdienst, alsmede hun echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner en hun kinderen die op hun domicilie ingeschreven zijn.

Er wordt gespecificeerd dat bij overlijden van een bij deze polis aangesloten persoon, die het recht tot aansluiting heeft geopend, de echtgenoot (-genote) of daarmee gelijkgestelde partner en zijn/haar kinderen die op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn, van de waarborgen van deze polis genieten, zolang hij/zij niet hertrouwt of een daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.

Er wordt nader bepaald dat de aansluiting van facultatieve aard is en dat het gezin samengesteld door een persoon vermeld onder punt 2 hiervoor en zijn familieleden verplicht zal zijn éénzelfde en unieke formule te kiezen, wat betreft de toepassing van de vrijstelling en het kamertype

- 4 "Ziekenhuis": een openbare instelling of privé-instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis, met uitsluiting van gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische diensten of inrichtingen, rusthuizen, geriatrische instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van bejaarden, instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van herstellers of kinderen, alsmede deze die een bijzondere erkenning als rust- of verzorgingstehuis gekregen hebben.
- 5 "Ziekenhuisopname" : elk medisch noodzakelijk verblijf in een verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. Dit houdt zowel het verblijf in van minstens één nacht, als het concept 'dagziekenhuis' ('one-day-clinic'), mits volgende voorwaarden zijn voldaan:
 - o Er effectief gebruik wordt gemaakt van de operatiezaal of van de gipskamer of er effectief een hospitaalbed gebruikt is met uitsluiting van verblijf in de wachtkamers, de onderzoekkamers en de ruimte voor externe consultatiediensten van het ziekenhuis;
 - o Het over prestaties gaat in het kader van maxi- en miniforfaits alsook in het kader van forfaits A,B,C,D opgenomen in de Nationale overeenkomst tussen de Verpleeginrichtingen en de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

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

Voor tuberculose is de waarborg eveneens verworven voor behandeling in sanatoria en verzorgingstehuizen voor tuberculosepatiënten.
- 6 "Ongeval": een plotse gebeurtenis, die lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van de verzekerde. Het ongeval moet worden vastgesteld door een geneesheer die wettelijk gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in een land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat het ongeval zich voordoet.
- 7 "Ziekte": een aantasting van de gezondheidstoestand die een andere oorzaak heeft dan een ongeval, en die erkend is door een geneesheer die wettelijk gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in een land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.
- 8 "Vrijstelling": het deel van de gewaarborgde kosten dat in elk geval ten laste blijft van de verzekerde.
- 9 "Wettelijke tegemoetkoming":
 - o Voor de in België gedane kosten : elke uitkering waarin voorzien is krachtens de Belgische wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (stelsel van de loontrekkenden), arbeidsongevallen en beroepsziekten;
 - o Voor de in het buitenland gedane kosten : elke terugbetaling waarin een met het desbetreffende land afgesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de loontrekkenden voorziet, of bij gebreke hieraan, een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de loontrekkenden.

2 Waarborgen

2.1 Ziekenhuisopname

Bij ziekenhuisopname, wegens ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling, worden, de verzorgingskosten terugbetaald, voor zover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling (zie ook punt 5 - Omvang van de terugbetalingen door de verzekeraar).

2.1.1 Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV

Zijn inbegrepen:

- 1 De verblijfskosten, met inbegrip van de toeslagen voor een kamer met één of twee bedden. Er wordt uitdrukkelijk de aandacht op gevestigd dat de toeslagen betreffende het verblijf in een éénpersoonskamer niet inbegrepen zijn in de basisformule. De bijkomende kosten, bovenop de dagprijs, zijn niet inbegrepen in de basisformule;
- 2 De kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de toeslagen op de erelonen of ereloonsupplementen ten gevolge een verblijf in een één persoonskamer op eigen verzoek van de verzekerde om persoonlijke redenen niet in aanmerking worden genomen in de basisformule;
- 3 De kosten voor paramedische prestaties;
- 4 De kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
- 5 Kosten voor chirurgie en anesthesie;
- 6 De kosten voor het gebruik van een operatiekamer of een bevallingskamer;
- 7 De kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen alsmede orthopedische apparaten, brillen, hoorapparaten, medische prothesen en kunstledematen, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname en in rechtstreeks verband staan met de opname. Prothesen die een zuiver esthetisch karakter hebben, worden niet terugbetaald;
- 8 De medische kosten van de pasgeborene tijdens de ziekenhuisopname van de moeder ingevolge een gewaarborgde(verzekerde) bevalling, met inbegrip van de medische kosten voor de afname van stamcellen;
- 9 De opsporing van wiegendood bij zuigelingen;
- 10 De kosten voor palliatieve zorgen met inbegrip van de geneesmiddelen.

2.1.2 Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend

- 1 De kosten van viscerosynthese;
- 2 De kosten van endoprothese;
- 3 De niet-vergoedbare en onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- 4 De kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel verkrijgbaar is;

- 5 De homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- 6 De kosten voor:
 - o aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis;
 - o aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord door medische redenen;
 - o het medisch urgentieteam (MUG).
- 7 De verblijfskosten van een ouder in de kamer van een minderjarig kind, met inbegrip van verlengde minderjarigheid (rooming-in);
- 8 Voorgeschreven medische behandelingen als: massage, elektrotherapie, mecanotherapie, fysiotherapie, diathermie, radiotherapie, ultrageluiden, enz;
- 9 De verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;
- 10 De verblijfskosten in een eenheid voor palliatieve zorgen;
- 11 De mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden.

2.2 Pre en posthospitalisatie

Het betreft de medische kosten gedaan gedurende 60 dagen vóór en 180 dagen na de opname, die rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname.

2.2.1 Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV

- 1 De kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;
- 2 De kosten van de paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- 3 De kosten van geneesmiddelen voorgeschreven door een geneesheer;
- 4 De kosten van de medische protheses die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
- 5 De kosten van de kunstledematen.

2.2.2 Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend

- 1 De niet-vergoedbare of onder categorie « D » in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- 2 De homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- 3 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.

2.3 Ernstige ziekten

Bij volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose en amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus (buiktyfus, paratyfus en vlektyfus) , encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, rodehond suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, mucoviscidose, lymfogranulomatose, pancreatitis, ziekte van Alzheimer, progressieve spierdystrofie, malaria, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, scrofulose, brucellose dient de verzekering eveneens van toepassing te zijn op de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten.

2.3.1 Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV

- 1 De kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
- 2 De kosten voor paramedische prestaties;
- 3 De kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
- 4 De kosten voor het huren van allerlei materiaal;
- 5 De geneesmiddelen.

2.3.2 Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend

- 1 De niet-vergoedbare of onder categorie « D » in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- 2 De kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is;
- 3 De homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
- 4 De vervoerskosten;
- 5 Alle andere kosten waarmee de verzekeraar vooraf heeft ingestemd;
- 6 De kosten voor pruiken, uitwendige borstprothesen.

Opmerking: De verblijfskosten in een palliatieve instelling wanneer ze complementair zijn aan gewaarborgde prestaties cfr.punt 2.1 Ziekenhuisopname en 2.3 Ernstige ziekten.

2.4 Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp

De verzekering dient van toepassing te zijn op de medische kosten voor thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp. Bijgevolg moeten bij thuisbevalling en poliklinische bevalling de waarborgen van het hoofdstuk “pre- en posthospitalisatie” als hiervoor vermeld, eveneens verworven zijn, met inbegrip van de medische kosten voor de pasgeborene.

Onder kraamhulp dient te worden verstaan de kosten na een bevalling die 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.

3 Kiezen van de formule

- Basisformule
Deze formule dekt in geen enkel geval de toeslagen eigen aan het gebruik van een éénpersoonskamer. Deze verzekering waarborgt de terugbetaling van bovenvermelde verzorgingskosten, na eventuele aftrek van alle wettelijke en buitenwettelijke tegemoetkomingen
- Uitgebreide formule

De waarborgen zijn dezelfde dan deze waarvan sprake in de basisformule onder voorbehoud van de volgende punten:

- Alle supplementen voor zowel de verblijfskosten als voor honoraria of toeslagen op honoraria tijdens een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen, zijn gegarandeerd tot een maximum van drie maal het bedrag van de wettelijke tegemoetkomingen;

- De vrijstelling per verzekerde en per kalenderjaar is € 130 en dit alleen voor tussenkomsten opgenomen in de uitgebreide formule en dus niet voor deze opgenomen in de basisformule.

Keuze van formule

De hoofdverzekerde (die het recht op deze verzekering opent) heeft de keuze tussen de basisformule en de uitgebreide formule. Deze keuze dient zowel voor hem als voor alle leden die onder hetzelfde dak leven, dezelfde te zijn.

De formule kan alleen onder de volgende omstandigheden worden gewijzigd :

- De verzekerde die gekozen heeft voor de uitgebreide formule kan vanaf de volgende jaarlijkse vervalddag , op eenvoudig schriftelijk verzoek ten minste drie maanden voor de vervalddag, overstappen naar de basisformule. Deze verandering van waarborgformule geldt eveneens voor alle verzekerde gezinsleden die onder hetzelfde dak leven;
- De verzekerde die gekozen heeft voor de basisformule kan overstappen naar de uitgebreide formule mits de toestemming van de verzekeraar, en onder voorwaarde dat de verzekeraar de gewijzigde formule aanvaardt (die dan eveneens geldt voor alle verzekerde gezinsleden) :
 - De bestaande aandoeningen worden uitgesloten;
 - De bepalingen betreffende de bestaande wachttijden worden toegepast.

4 Territorialiteit

De verzekering dient van toepassing te zijn in de hele wereld.

Er zijn echter landen waarmee de Belgische mutualiteiten geen terugbetalingsovereenkomsten gesloten hebben. In dat geval zal verzekeraar, bij een gewaarborgde ziekte of ongeval, overkomen aan een verzekerde in één van deze landen, tussenkomen alsof de ziekte of het ongeval zich in België zou voorgedaan hebben. Er wordt bijgevolg rekening gehouden met een fictieve terugbetaling door de mutualiteit (ziekte- en invaliditeitsverzekering - afdeling gezondheidszorg - stelsel van de werknemers).

5 Omvang van de terugbetalingen door de verzekeraar

- 1 Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, geldt een waarborg tot een bedrag van € 2 500 per verzekerde en per kalenderjaar met dien verstande dat:
 - De terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind jonger dan veertien jaar beperkt is tot € 25 per nacht;
 - De tussenkomst in de verblijfskosten van een donor beperkt is tot € 1 500;
 - De vervoerskosten bij ernstige ziekten tot een globaal plafond van € 250 per persoon en per kalenderjaar.
- 2 Voor hospitalisatie ingevolge een psychische, psychiatrische of mentale aandoening is de tussenkomst per verzekerde verworven gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van twee jaar te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een wettelijke tegemoetkoming.
- 3 De tussenkomst voor kraamhulp wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf dagen en tot maximaal € 500.
- 4 In vitro fertilisatie, (de tussenkomst voor de kosten betreffende de behandelingen in het kader van in vitro fertilisatie wordt gewaarborgd tot € 500 per behandeling, met een maximum van 6 behandelingen voor zover de twee partners ten minste 24 maanden aangesloten zijn bij het contract).

- 5 Extramurale cataract operatie (voor wat de extramurale oogheelkunde betreft, neemt de verzekeraar maximum € 600 per persoon en per ingreep te zijnen laste ongeacht het type van het implantaat, de tussenkomst van het ziekenfonds en de honoraria ten laste van de patiënt).

6 Vrijstelling

De vrijstelling is bepaald op maximum € 130 per verzekerde en per kalenderjaar indien de verzekerde gekozen heeft voor de opname in een éénpersoonskamer.

Er is in ieder geval geen vrijstelling in het geval van ernstige ziekte(s).

Wanneer de vrijstelling van toepassing is op een ononderbroken ziekenhuisopname gespreid over twee opeenvolgende kalenderjaren, wordt de vrijstelling slechts eenmaal toegepast.

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

7 Uitsluitingen

Zijn van de verzekering uitgesloten, prestaties voortkomend uit:

- 1 Een ongeval of een ziekte die niet door een medisch onderzoek kan worden vastgesteld.
- 2 Voor esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheelkunde ingevolge een ziekte of een in aanmerking genomen ongeval worden wel ten laste genomen.
- 3 Voor ziekten of ongevallen overkomen aan de verzekerde.
- 3.1 In staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij:
 - o Wordt bewezen dat er geen causaal verband is tussen de ziekte of het ongeval en de omstandigheden ervan;
 - o De verzekerde het bewijs levert dat hij drank of verdovende middelen door onwetendheid heeft gebruikt of hiertoe door een derde werd gedwongen.
- 3.2 T.a.v. alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen.
- 4 Voor sterilisatie, anticonceptieve behandeling en thermale kuren.
- 5 Wegens 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.
- 6 In geval van beoefening van vliegsporten of met gebruik van motorrijtuigen, alsmede de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport.
- 7 Ingevolge 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.
- 8 Een schade voortvloeiend uit het gebruik van kernenergie die valt onder de toepassing van de Conventie van Parijs (wet van 22 juli 1985) of alle andere wettelijke bepalingen die deze wet zouden vervangen, wijzigen of aanvullen.
- 9 Bij vrijwillige verminking of zelfmoordpoging.
- 10 Een ongeval, waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig, of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

8 Begin en looptijd van de verzekering

De verzekering wordt van kracht op 01 januari 2018.

De verzekering wordt gesloten voor een periode van vier jaar die een einde neemt op 31 december 2021.

De inschrijver heeft niet het recht om verzekerden op individuele basis uit te sluiten.

9 Aansluiting en wachttijd

9.1 Aansluiting

De verzekeringnemer deelt voorafgaandelijk aan de verzekeraar mee: de situatie op 1 januari van elk jaar, de nominatieve lijst (namen, voornamen, geboortedatum) van de personen die moeten worden verzekerd.

De verzekeringnemer deelt eveneens mee:

- De nieuwe aansluitingen en de ontslagen die in het verzekeringsjaar hebben plaatsgevonden. De nieuwe leden genieten de waarborgen van de polis zodra de verzekeraar hun aansluiting heeft ontvangen;
- De wijzigingen in de samenstelling van het gezin van de verzekerden, die de premie kunnen beïnvloeden (geboorte, overlijden, huwelijk,...). De wijzigingen qua premie en waarborgen gaan in op de dag zelf van de gebeurtenis, voor zover de aanvraag binnen de maand is ingediend.

9.2 Wachttijd en vroegere ziekten of aandoeningen

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

9.2.1 De hoofdverzekerden, waarvan de premie volledig ten laste is van de FPD, de RSZ of van de aangesloten plaatselijke of provinciale overheidsdienst en hun nevenverzekerden

- 1 Zij treden toe door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier. Het behoorlijk ingevulde formulier moet worden overgemaakt aan de personeelsdienst van de aangesloten plaatselijke of provinciale overheidsdienst, de FPD of de RSZ die het dan overmaakt aan de verzekeraar.
- 2 Er is geen wachttijd, medische vragenlijst of medisch onderzoek. De waarborgen gaan in op de datum van indiensttreding voor zover het aansluitingsformulier overgemaakt is binnen de drie maanden. Zoniet gaan de waarborgen in op de eerste van de maand volgend op deze waarin het formulier werd overgemaakt.
- 3 Deze regeling geldt zowel voor de hoofdverzekerden in dienst op de aanvangsdatum van deze verzekeringsovereenkomst als voor de later in dienst tredende hoofdverzekerden.

9.2.2 De hoofdverzekerden, waarvan de premie niet of slechts gedeeltelijk ten laste is van de FPD, de RSZ of van de aangesloten plaatselijke of provinciale overheidsdienst en hun nevenverzekerden

- 1 Zij treden toe door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier. Het behoorlijk ingevulde formulier moet worden overgemaakt aan de personeelsdienst van de aangesloten plaatselijke of provinciale overheidsdienst, de FPD of de RSZ die het dan overmaakt aan de verzekeraar.
- 2 De waarborg begint te lopen vanaf de eerste dag van de maand volgend op het overmaken van dit formulier.

- 3 Er is geen medische vragenlijst of medisch onderzoek.
- 4 De algemene wachtermijn is DRIE MAANDEN.

Deze wachtermijnen vervallen evenwel:

- Voor de verzekerden van nieuw toegetreden lokale of provinciale besturen, voor zover zij hun aansluiting bevestigen binnen de drie maanden na de toetreding van het nieuwe bestuur tot onderhavige collectieve verzekering;
 - Voor nieuw in dienst tredende hoofdverzekerden en hun gezin, voor zover de aansluiting plaatsvindt binnen de drie maanden na de gebeurtenis;
 - Bij ongeval;
 - Bij volgende acute of besmettelijke ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus;
 - In geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) of de samenwonende (vanaf het samenwonen) 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.
- 5 Zonder afbreuk te doen aan de in punt 4. hiervoor voorziene wachtermijn van drie maanden, is de tussenkomst van de verzekeraar 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.
 - 6 In afwijking van punt 4 en 5 hiervoor, wordt de wachtermijn afgeschaft voor de personen die reeds van een verzekering genoten dewelke analoge voordelen waarborgt als onderhavige polis, 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 onderhavige verzekering/contract ondergeschikt aan de voorwaarden dat de zwangerschap begon na de aansluiting van de begunstigde bij de vorige verzekering.

Opmerking : procedure bij overstap van de ene verzekering naar een andere verzekering

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

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

9.2.3 Overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde

De overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij oppensioenstelling gebeurt zonder wachttijd, medische vragenlijst of medisch onderzoek. Er mag bij deze overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde geen onderbreking van onderhavige overeenkomst zijn.

9.2.4 Weduwen en weduwnaars

Bij het overlijden van de hoofdverzekerde of gepensioneerde nevenverzekerden kan de dekking worden verdergezet voor zijn reeds aangesloten gezinsleden.

Deze voortzetting is zonder onderbreking van de dekking voor zolang de betrokken personen hun schriftelijk verzoek aan de verzekeraar binnen de drie maanden na de eerst volgende jaarlijkse vervaltermijn indienen.

9.2.5 Reeds bestaande ziekten of aandoeningen

- 1 De tegemoetkomingen worden niet toegekend aan verzekerden 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 diens 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.
- 2 In afwijking van punt 1. 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 alle personen die vanaf de datum dat ze in aanmerking komen voor een facultatieve aansluiting op deze verzekering, de overstap naar onderhavige polis bevestigen binnen de drie maanden na de eerstvolgende vervalddag van de vorige verzekering. Gebeurt de overstap later dan drie maanden na de eerstvolgende vervalddag van de vorige verzekering, zijn de bepalingen van punt 1. hiervoor van toepassing.

10 Betaling van de premie

De waarborgen van de verzekering worden toegekend middels het betalen van een jaarlijkse premie – deze premie wordt jaarlijks geïnd. De mogelijkheid om de premie per trimester te betalen dient voorzien te worden indien de verzekerde dit vraagt.

De premies zijn vast gedurende de eerste twee jaar van de overeenkomst.

Zij kunnen vervolgens door de verzekeraar worden herzien met ingang op 1 januari van elk van de komende twee jaar, voor zover de herziening is gebaseerd op concrete elementen zoals o.m. de ongevallenstatistieken maar zonder ooit de aanpassing aan de medische index te kunnen overschrijden.

De verzekeringsnemer kan in elk geval het contract binnen de maand van de kennisgeving van de premieaanpassing opzeggen.

Indien de kennisgeving van de tariefaanpassing gebeurt minder dan zes maanden voor de jaarlijkse vervalddag heeft de verzekeringsnemer de mogelijkheid om het contract op te zeggen binnen een termijn van drie maanden na deze kennisgeving.

11 Einde van de individuele dekking

De verzekeraar heeft niet het recht om op individuele basis hoofdverzekerden of nevenverzekerden uit te sluiten tenzij in de gevallen vermeld hieronder :

11.1 Hoofdverzekerden

Aan de individuele dekking van de hoofdverzekerde wordt een einde gesteld door:

- Het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op schriftelijk verzoek van de hoofdverzekerde aan de FPD , de RSZ of de plaatselijke of provinciale overheidsdienst of aan de verzekeraar;
- Het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de toegetrede plaatselijke of provinciale overheidsdienst of de FPD of de RSZ;
- Het overlijden van de hoofdverzekerde;
- Bij bedrog of poging tot bedrog door de hoofdverzekerde.

11.2 Nevenverzekerden

Aan de individuele dekking van de nevenverzekerde op de jaarlijkse vervaldag wordt een einde gesteld door:

- Het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op schriftelijk verzoek van de nevenverzekerde aan de toetredende plaatselijke of provinciale overheidsdienst of aan de verzekeraar
- Het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de toetredende plaatselijke of provinciale overheidsdienst of de FPD, de RSZ, behoudens het geval van overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij pensionering
- Het overlijden van de nevenverzekerde
- Bij bedrog of poging tot bedrog door de nevenverzekerde
- Opzegging door de verzekeraar bij niet-betaling van de premie.

12 Administratie

De administratie m.b.t. de naamlijsten en andere info gebeurt door de FPD, de RSZ en de toetredende plaatselijke of provinciale overheidsdienst.

De FPD, de RSZ of toetredende plaatselijke of provinciale overheidsdienst :

- Maakt aan de verzekeraar een lijst over van de personeelsleden en hun familieleden die reeds begunstigde zijn van de lopende collectieve hospitalisatieverzekering afgesloten door de dienst;
- Informeert de verzekeraar over het gedeelte van de premie dat zij ten laste nemen en welk gedeelte van de premie door de verzekerde zelf moet worden betaald;
- Geeft de nodige gegevens door, op eigen initiatief of op vraag van de verzekerde, aan de verzekeraar bij inschrijving van een nieuwe verzekerde, zoals wijzigingen in de gezinstoestand of de beroepssituatie (geboorte, huwelijk,...);
- Informeert zijn personeelsleden, inclusief nieuw aangeworvenen, over het bestaan van het contract, en biedt het de mogelijkheid om zich hierbij aan te sluiten.

De verzekeraar :

- Bezorgt op eenvoudig verzoek van de FPD, de RSZ haar statistieken, tendensen en informatie die het mogelijk maken de verzekeringsovereenkomst op te volgen en te evalueren;

De te verstrekken gegevens moeten minstens volgende drie benaderingen bevatten :

- Op individueel vlak: per overheidsdienst, de nominatieve lijst van de hoofdverzekerden en de nevenverzekerden, hun geboortedatum alsmede hun aansluitingsdatum;
- Op collectief vlak:
 - Het totaal aantal verzekerden, zowel voor het Rijk als per gewest en per taal, opgesplitst per hoofdverzekerden en nevenverzekerden;
 - Het totaal aantal plaatselijke en provinciale overheidsdiensten die zijn toetredende tot de hospitalisatieverzekering, en dit per gewest, per provincie, ...
- Op het vlak van de tegemoetkomingen: een verslag met het aantal aanvragen per gewest en per taal, alsmede de globale financiële tegemoetkomingen met verdeling per post (o.a. hospitalisaties, ernstige ziekten, vervoer, ambulante verzorging...).
- De verzekeraar waarborgt een snelle en efficiënte dienstverlening met meerdere "klantverantwoordelijken";
- De verzekeraar zorgt in samenspraak met de toetredende plaatselijke of provinciale overheidsdienst voor de opmaak van alle benodigde documenten ter uitvoering van de overeenkomst en staat in voor het ondersteunen van een informatiecampagne naar de verzekerden toe.

13 Schadebeheer en administratieve ondersteuning

13.1 Aangifte - Verplichtingen bij schadegeval

In voorkomend geval moet de verzekerde aan de verzekeraar zo spoedig mogelijk aangifte doen:

- Via internet;
- Aan de terminal in het ziekenhuis (elektronisch derde- betalersysteem) indien het ziekenhuis hiermede is uitgerust
- Of, indien het ziekenhuis waar de verzekerde is opgenomen niet is uitgerust met het elektronisch derde-betalersysteem of indien het niet is toegestaan, dient bij de aanvang van de ziekenhuisopname het daartoe bestemde formulier volledig ingevuld te worden door de verzekerde en door de behandelende geneesheer.

Bij deze aangifte dient de verzekerde elk document, verklaring of rapport te voegen als bewijs van het bestaan en de ernst van het voorval. De verzekeraar kan voor de uitvoering van zijn tussenkomst elk aanvullend stuk eisen dat hij nodig acht.

13.2 Overmaken van de bewijsstukken inzake de kosten

De verzekerde stuurt naar de verzekeraar alle originele bewijsstukken (ziekenhuisfactuur, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangstbewijzen van de apotheker,...). Een kopie is niet voldoende. Op voorlegging van de documenten hierboven, betaalt de verzekeraar het bedrag van de vermelde kosten terug, na aftrek van:

- Het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming of van een fictief gelijkwaardig bedrag wanneer de verzekerde, om welke reden dan ook, geen aanspraak kan maken op een dergelijke tegemoetkoming;
- Het bedrag van andere reeds ontvangen terugbetalingen en de vergoedingen gewaarborgd door de eventuele vrije of aanvullende hospitalisatieverzekering van het ziekenfonds waar de verzekerde aangesloten is;
- Het bedrag van de contractuele vrijstelling.

Wanneer het elektronische derdebetalersysteem is toegekend zal de ziekenhuisfactuur via elektronische weg rechtstreeks aan de verzekeraar worden overgemaakt.

Het elektronisch derdebetalersysteem is een voorschotsysteem. Het betekent niet dat de factuur die door de verzekeraar aan het ziekenhuis werd betaald daadwerkelijk ten laste is van de verzekeraar.

Het kan dat bepaalde kosten door 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 de verzekeraar het bedrag van deze niet gewaarborgde kosten rechtstreeks bij de verzekerde verhalen. De verzekerde verbindt zich ertoe de kostennota die de verzekeraar hem ter zake zal overmaken binnen de dertig dagen na ontvangst ervan terug te betalen. Bij gebrek aan terugbetaling binnen voormelde termijn kan de verzekeraar een invorderingsprocedure tegen de verzekerde opstarten. Dit gebrek aan terugbetaling kan eveneens leiden tot de schrapping van het derdebetalersysteem.

De verzekeraar kan het bedrag van de niet gewaarborgde kosten die hij 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.

14 Recht op individuele voortzetting van een collectieve beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst

Behalve in geval van niet-betaling van de premie of in geval van bedrog, heeft elke persoon (onder bepaalde voorwaarden¹) 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 (zie ook boven 1 - Wetgeving).

De verzekeraar zal een verklarende nota daarover opstellen.

15 Continuïteit van de lopende dossiers (overname vanaf 1.1.2018)

De inschrijver aan wie de opdracht werd toegewezen is verplicht de lopende dossiers, verzekerd op basis van de huidige collectieve polis, over te nemen en de continuïteit van de waarborgen te verzekeren waarvan de hoofdverzekerden en de nevenverzekerden genieten ten gevolge van een hospitalisatie, een aandoening of een ziekte die gedekt is op basis van de huidige collectieve polis (in voege vóór 01.01.2018).

Goedgekeurd te 1060 BRUSSEL, op 18/04/2017



Sarah Scaillet,
Administrateur-generaal

¹ Wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.



Bijlagen

1 Inschrijvingsformulier

Open aanbesteding: hospitalisatieverzekering

BIJZONDER BESTEK Nr. S300/2017/03

(volledige benaming)

met als adres:

(straat)

(postnr en gemeente)

(land)

Ingeschreven bij de **Kruispuntbank van de Ondernemingen** onder nummer

en waarvoor **Mijnheer/Mevrouw²**

(naam)

(functie)

gedomicilieerd op het adres

(straat)

(postnr en gemeente)

(land)

als **inschrijver of gevolmachtigde** optreedt en hieronder ondertekent, **verbindt zich tot de uitvoering, overeenkomstig de voorwaarden en bepalingen van het bestek nr. S300/2017/03 van de hiervoor omschreven opdracht van diensten eenheidsprijzen in bijlage A.**

² De niet correcte vermelding schrappen.



In de offerte is de vertrouwelijke informatie en/of de informatie die betrekking heeft op technische of commerciële geheimen duidelijk aangeduid.

Het betalingsorganisme van de aanbestedende overheid zal de verschuldigde sommen betalen door storting of overschrijving op

het **rekeningnummer**

IBAN

BIC

Er wordt gekozen voor de taal voor de interpretatie van het contract.

Alle briefwisseling betreffende de uitvoering van de opdracht moet worden gestuurd naar:

<p>(straat)</p> <p>(postnr. en gemeente)</p> <p>(☎ en F-nummer)</p> <p>(e-mailadres)</p>
--

Gedaan:

Te

op

2017.

De inschrijver of gevolmachtigde:

<p>(naam)</p> <p>(functie)</p> <p>(handtekening)</p>
--



GOEDGEKEURD,

Postnummer + plaats,
identiteit van de persoon bevoegd om de offerte goed te keuren

titel van de persoon bevoegd om de offerte goed te keuren

PRO MEMORIE : DOCUMENTEN DIE VERPLICHT BIJ DE OFFERTE DIENEN TE WORDEN GEVOEGD :

- De prijstabel
- Alle documenten en inlichtingen die worden gevraagd in het kader van de selectiecriteria



2 Bijlage A: Prijslijst

Individuele jaarlijkse premies (zonder taksen, kosten en bijdragen)

2.1 Perceel 1

	Basisformule	Uitgebreide formule
Per Hoofdverzekerde		
0 tot 20 jaar		
21 tot 49 jaar		
50 tot 64 jaar		
65 tot 69 jaar		
70 jaar en meer		
Per nevenverzekerde		
0 tot 20 jaar		
21 tot 49 jaar		
50 tot 64 jaar		
65 tot 69 jaar		
70 jaar en meer		



2.2 Perceel 2

2.2.1 De lokale of provinciale overheidsdienst neemt de premie van de hoofdverzekerden volledig ten zijne laste.

	Basisformule	Uitgebreide formule
Per hoofdverzekerde		
0 tot 20 jaar		
21 tot 49 jaar		
50 tot 64 jaar		
65 tot 69 jaar		
70 jaar en meer		
Per nevenverzekerde		
0 tot 20 jaar		
21 tot 49 jaar		
50 tot 64 jaar		
65 tot 69 jaar		
70 jaar en meer		

2.2.2 De lokale of provinciale overheidsdienst neemt de premie van de hoofdverzekerden niet of slechts gedeeltelijk ten zijne laste.

	Basisformule	Uitgebreide formule
Per hoofdverzekerde		
0 tot 20 jaar		
21 tot 49 jaar		
50 tot 64 jaar		
65 tot 69 jaar		
70 jaar en meer		
Per nevenverzekerde		
0 tot 20 jaar		
21 tot 49 jaar		
50 tot 64 jaar		
65 tot 69 jaar		
70 jaar en meer		



2.3 Perceel 3

	Basisformule	Uitgebreide formule
Per hoofdverzekerde		
0 tot 20 jaar		
21 tot 49 jaar		
50 tot 64 jaar		
65 tot 69 jaar		
70 jaar en meer		
Per nevenverzekerde		
0 tot 20 jaar		
21 tot 49 jaar		
50 tot 64 jaar		
65 tot 69 jaar		
70 jaar en meer		

DE INSCHRIJVER

(datum)

(handtekening)

(leesbare naam)