



OPDRACHTGEVER

FEDERALE PENSIOENDIENST
EUROPAESPLANADE 1
1060 BRUSSEL



Openbare procedure

BIJZONDER BESTEK N° SFPD/S2100/2021/01

Hospitalisatieverzekering

April 2021



INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	2
A. AFWIJKINGEN ALGEMENE UITVOERINGSREGELS	6
B. ADMINISTRATIEVE CLAUSULES	6
1. Voorwerp van de opdracht.....	6
2. Aanbestedende overheid.....	6
3. Aankoopcentrale	6
4. Raamovereenkomst	6
5. Percelen	7
6. Duurtijd van de opdracht	7
7. Beschrijving van de uit te voeren diensten.....	7
8. Documenten van toepassing op de opdracht.....	7
8.1. Wetgeving	7
8.2. Opdrachtdocumenten	8
9. Indiening van de offertes	8
9.1. Indieningsrecht en indieningswijze van de offertes	8
9.2. Wijziging of intrekking van een reeds ingediende offerte	9
10. Offertes	9
10.1. In de offerte te vermelden gegevens	9
10.2. Geldigheidsduur van de offerte.....	9
10.3. Bij de offerte te voegen documenten	9
11. Prijs	9
12. Varianten en opties.....	10
12.1. Varianten.....	10
12.2. Opties.....	10
13. Borgtocht.....	10
13.1. Verzuim van de borgtocht.....	10
13.2. Vrijgave van de borgtocht	11
14. Overzicht van de procedure.....	11
15. Regelmatigheid van de offertes	11
16. Selectiecriteria.....	11
16.1. Geschiktheid om de beroepsactiviteit uit te voeren.....	11
16.2. Economische- en financiële draagkracht	12
16.3. Technische- en beroepsbekwaamheid	12



17.	Gunningscriterium	12
18.	Uitsluitingsgronden	13
19.	Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA)	15
20.	Raming hoeveelheden.....	15
20.1.	Perceel 2	15
20.1.1.	Totaal voor alle plaatselijke of provinciale overheidsdiensten	15
20.1.2.	De plaatselijke of provinciale overheidsdienst neemt de premie van de verzekerden (gedeeltelijk) ten laste.....	16
20.1.3.	De plaatselijke of provinciale overheidsdienst neemt de premie van de verzekerden niet ten laste	16
21.	Gebruik van de talen	17
22.	Facturatie van de premies	17
23.	Vertrouwelijkheid van de informatie en Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG – GDPR)	18
C.	DEFINITIES.....	19
D.	TECHNISCHE BEPALINGEN PERCEEL 2.....	22
1.	Waarborgen.....	22
1.1.	Ziekenhuisopname	22
1.1.1.	Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV	22
1.1.2.	Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend.....	23
1.2.	Pre en posthospitalisatie	23
1.2.1.	Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV	23
1.2.2.	Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend.....	24
1.3.	Ernstige ziekten.....	24
1.3.1.	Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV	24
1.3.2.	Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend.....	24
1.4.	Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp	25
2.	Omvang van de terugbetalingen door de verzekeraar	25
3.	Kiezen van de formule.....	26
3.1.	Keuze van formule.....	26
4.	Vrijstelling.....	26
5.	Begin en looptijd van de verzekering	27
6.	Stopzetting (uitdiensttreding, overlijden, ...)	27
6.1.	Hoofdverzekerden	27



6.2.	Nevenverzekerden	27
7.	Controle en toezicht op de opdracht	28
7.1.	Perceel 2	28
E.	ANDERE TECHNISCHE BEPALINGEN	30
1.	Informatiecampagnes	30
2.	Territorialiteit	30
3.	Terrorisme	30
4.	Uitsluitingen	30
5.	Aansluiting en wachttijd	31
5.1.	Aansluiting	31
5.2.	Wachttijd en vroegere ziekten of aandoeningen	31
5.2.1.	De hoofdverzekerden, waarvan de premie volledig ten laste is van de aanbestedende overheid of intekenaar en hun nevenverzekerden	31
5.2.2.	De hoofdverzekerden, waarvan de premie niet of slechts gedeeltelijk ten laste is van de aanbestedende overheid of intekenaar en hun nevenverzekerden	32
5.2.3.	Overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde	32
5.2.4.	Weduwen en weduwnaars	33
5.2.5.	Reeds bestaande ziekten of aandoeningen	33
6.	Betaling van de premie	33
7.	Schadebeheer en administratieve ondersteuning	33
7.1.	Aangifte - Verplichtingen bij schadegeval	33
7.2.	Overmaken van de bewijsstukken inzake de kosten	34
8.	Recht op individuele voorzetting van een collectieve beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst	34
9.	Prijsherziening	35
9.1.	Basisformule	35
9.2.	Uitgebreide formule	35
10.	Verplichtingen van de aanbestedende overheid of intekenaars	36
11.	Verplichtingen van de verzekerde	36
12.	Verplichtingen van de opdrachtnemer	36
12.1.	In de opstartfase van het nieuwe contract	36
12.2.	Tijdens de contractperiode	37
13.	Documenten en statistieken	37
13.1.	Jaarlijks	37
13.2.	Maandelijks	38
13.3.	Op afroep	38



13.4.	Einde contract	38
14.	Straffen.....	38
15.	Continuïteit van de lopende dossiers (overname vanaf 1.1.2022).....	38
F.	Bijlagen	39



A. AFWIJKINGEN ALGEMENE UITVOERINGSREGELS

Onderhavig bestek wijkt af van volgende artikelen van het uitvoeringsregels (AUR):

- Art. 25 en 33 betreffende borgtocht
- Art. 70 betreffende de betaling

B. ADMINISTRATIEVE CLAUSULES

1. Voorwerp van de opdracht

Het voorwerp van deze opdracht betreft het verstrekken van een collectieve hospitalisatieverzekering.

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 bepalingen van dit bijzonder bestek.

Deze opdracht van diensten wordt toegekend volgens de openbare procedure.

2. Aanbestedende overheid

De aanbestedende overheid of de verzekeringsnemer is de Federale Pensioendienst.

Alle nuttige inlichtingen betreffende de opdracht kunnen bekomen worden op volgend mailadres: SFPD-procurement@sfpd.fgov.be.

3. Aankoopcentrale

Voor perceel 2 treedt de Federale Pensioendienst op als aankoopcentrale conform artikel 47 (wet 17 juni 2016).

De besturen of intekenaars kunnen afnemen van deze opdracht worden opgelijst in bijlage aan dit bestek (Perceel 2 – Oplijsting besturen en intekenaars).

Met betrekking tot perceel 3, treden de Federale Pensioendienst en Rijksdienst voor Sociale Zekerheid samen op als aanbestedende overheid, conform artikel 48 (wet van 17 juni 2016).

Gezien de door de aanbestedende overheid afgesloten opdracht ten behoeve is van de verschillende overheidsdiensten, dient onder aanbestedende overheid, Federale Pensioendienst of FPD ook de bovenvermelde besturen of intekenaars te worden verstaan, meer in het bijzonder met betrekking tot de bepalingen betreffende de betalingen, de keuringen, de boeten wegens laattijdige uitvoering en maatregelen van ambtswege.

4. Raamovereenkomst

Deze raamovereenkomst (hieronder “opdracht”) bepaalt het juridische, financiële en technische kader die de relaties tussen de klanten en de opdrachtnemer regelt gedurende zijn geldigheidsduur.

Elk perceel wordt slechts aan één opdrachtnemer toegewezen. Meerdere percelen kunnen wel aan dezelfde inschrijver worden toegewezen.

5. 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 (verder RSZ).

De inschrijver is vrij om een offerte in te dienen voor perceel 1, 2, 3 of alle percelen.

6. Duurtijd van de opdracht

Er wordt een verschillende duurtijd gehanteerd voor de verschillende percelen:

- Perceel 1: 1/01/2022 – 31/12/2023
- Perceel 2: 01/01/2022 – 31/12/2025
- Perceel 3: 01/01/2022 – 31/12/2023 met mogelijkheid om twee keer te verlengen voor de duurtijd van 1 jaar (m.a.w. maximum tot en met 31/12/2025).
De verlenging van de opdracht wordt uitdrukkelijk aan de opdrachtnemer meegedeeld ten minste 3 maand op vooraf.

7. Beschrijving van de uit te voeren diensten

Zie technische bepalingen.

8. Documenten van toepassing op de opdracht

8.1. Wetgeving

Het betreft in het bijzonder:

- Wet van 17 juni 2016 inzake overheidsopdrachten;
- Wet van 17 juni 2013 betreffende de motivering, de informatie en de rechtsmiddelen inzake overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten;
- Koninklijk besluit van 18 april 2017 plaatsing overheidsopdrachten in de klassieke sectoren;
- Het Koninklijk Besluit van 14 januari 2013 - Koninklijk Besluit tot bepaling van de algemene uitvoeringsregels van de overheidsopdrachten;
- Alle wijzigingen aan de wetten en de voormelde besluiten die van toepassing zijn op de dag van de publicatie van de aankondiging van de opdracht.

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 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst 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 opdrachtnemer deze bepalingen moeten toepassen in het lopende contract.

8.2. Opdrachtdocumenten

- Onderhavig bestek nr. SFPD/S2100/2021/01
- Offerteformulier
- Uniform Europees Aanbestedingsdocument
- Schadestatistieken en andere cijfergegevens m.b.t. de huidige opdracht
 - o Een geïnteresseerde inschrijver kan deze cijfergegevens bekomen door middel van een aanvraag via volgend emailadres: SFPD-Procurement@sfpd.fgov.be
- Perceel 2 – Oplijsting besturen en intekenaars

9. Indiening van de offertes

9.1. Indieningsrecht en indieningswijze van de offertes

Elke inschrijver mag slechts één offerte indienen per opdracht. Elke deelnemer aan een combinatie van ondernemers zonder rechtspersoonlijkheid wordt beschouwd als een inschrijver. De deelnemers aan een combinatie van ondernemers zonder rechtspersoonlijkheid moeten diegene aanduiden die de combinatie ten overstaan van de aanbestedende overheid zal vertegenwoordigen.

De aanbestedende overheid verplicht het toepassen van elektronische middelen op straffe van nietigheid van de offerte.

De offertes moeten ten laatste op 31 mei 2021 om 11u30 in het bezit zijn van de aanbestedende overheid.

De communicatie en de informatie-uitwisseling tussen de aanbestedende overheid en de ondernemers, met inbegrip van de elektronische indiening en ontvangst van de offertes, dient, in alle fasen van de plaatsingsprocedure plaats te vinden met behulp van elektronische middelen.

De offertes moeten via elektronische middelen worden ingediend via de e-tendering internetsite <https://eten.publicprocurement.be> die de naleving waarborgt van de voorwaarden van artikel 14, § 6 en 7 van de wet van 17 juni 2016.

De aanbestedende overheid vestigt de aandacht van de inschrijvers op het feit dat het versturen van een offerte via mail niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 14, § 6 en 7 van de wet van 17 juni 2016.

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

Meer informatie kan worden teruggevonden op volgende website : <http://www.publicprocurement.be> of via de e-procurement helpdesk.

9.2. Wijziging of intrekking van een reeds ingediende offerte

De wijzigingen of intrekking van een reeds ingediende offerte moet de voorwaarden van art. 43 van het KB van 18 april 2017 respecteren.

10. Offertes

10.1. In de offerte te vermelden gegevens

De inschrijver moet het in bijlage toegevoegde offerteformulier gebruiken. Doet hij dit niet, dan draagt hij de volle verantwoordelijkheid voor de volledige overeenstemming van de door hem aangewende documenten met het formulier.

De offerte wordt opgesteld in het Nederlands of in het Frans.

De inschrijver duidt in zijn offerte duidelijk aan welke informatie vertrouwelijk is en/of betrekking heeft op technische of commerciële geheimen en dus niet mag bekendgemaakt worden door de aanbestedende overheid.

10.2. Geldigheidsduur van de offerte

De inschrijvers blijven gebonden door hun offerte gedurende een termijn van 160 kalenderdagen, ingaande de dag na de uiterste datum voorzien in onderhavig bestek voor het indienen van de offertes.

10.3. Bij de offerte te voegen documenten

De inschrijvers voegen bij hun offerte:

- alle documenten gevraagd in het raam van de selectie- en gunningscriteria;
- Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA)
- uittreksel van het Strafregister
- de statuten en alle andere nuttige documenten die de bevoegdheid van de ondergetekende(n) bewijzen

11. Prijs

Deze opdracht is een opdracht tegen prijslijst hetgeen betekent dat enkel de eenheidsprijzen forfaitair zijn.

De prijzen worden uitgedrukt in euro, excl. BTW, met maximum 2 decimalen.

De inschrijver wordt geacht in zowel zijn eenheidsprijzen als in de totale prijzen rekening gehouden te hebben met de uitvoering van het contract evenals alle kosten en taksen die de diensten belasten zoals:

- de administratie- en secretariaatskosten;
- de kosten voor de documentatie aan geïnteresseerden betreffende de contractinhoud en voorwaarden;



- de levering en verwerking van documenten of van stukken die gepaard gaan met de uitvoering van de diensten, inclusief alle individuele briefwisseling zoals bv. voor het innen van de jaarlijkse premie.

De inschrijver dient een jaarpremie voor 2 formules (basis en uitgebreide formule) op te geven volgens de categorieën in het offerteformulier, op straffe van nietigheid van de offerte.

12. Varianten en opties

12.1. Varianten

Varianten zijn niet toegelaten.

De inschrijver is verplicht om een offerte in te dienen voor de waarborgen zoals opgenomen in het Technisch gedeelte. Indien de inschrijver toch aanpassingen doet aan de waarborgen opgenomen in het bestek en dus met andere woorden een variëteit voorstelt, wordt de offerte substantieel nietig verklaard.

12.2. Opties

De inschrijver is vrij om opties toe te voegen aan zijn offerte, op voorwaarde dat deze diensten in verband staan met het voorwerp van de opdracht. Deze opties kunnen onder andere betrekking hebben op ambulante, dental of optische zorgen.

Het staat de inschrijver vrij waarborgen aan te bieden die aanvullend zijn aan deze die geëist worden. Dergelijke vrije optie wordt spontaan aangeboden door de inschrijver en zal bijgevolg niet in rekening gebracht worden voor de vergelijking van de offertes.

13. Borgtocht

De aanbestedende overheid treedt op als opdrachtcentrale.

De finaliteit van de opdracht bestaat dus niet enkel uit het voorzien in de eigen behoefte maar ook in deze van de intekenaars zoals vermeld onder punt 3 van dit bestek.

Daarom wordt in toepassing van artikel 25,§2 derde lid van de AUR een globale borgstelling (forfaitair bedrag) bepaald en geëist van 75.000,00 EUR.

De opdrachtnemer moet zijn borgtocht stellen bij:

- Deposito- en Consignatiekas (<http://depositokas.be>) Handelsstraat 96, 1040 Brussel of bij een andere instelling die een functie vervult die gelijkaardig is, in overeenstemming met artikel 27 van AUR.

Binnen de 30 kalenderdagen die op de datum van de betekening van het sluiten van de opdracht volgen, moet de opdrachtnemer aan de leidende dienst, het bewijs leveren dat de borgtocht werd gestort.

13.1. Verzuim van de borgtocht

Wanneer de opdrachtnemer de borgtocht niet stelt binnen de in artikel 27 van AUR vermelde termijn, wordt hij in gebreke gesteld per aangetekend schrijven. Deze ingebrekestelling geldt als proces-verbaal in de zin van artikel 44, § 2 van AUR.

Wanneer hij de borgtocht niet stelt binnen een laatste termijn van vijftien dagen vanaf de verzendingsdatum van het aangetekend schrijven, kan de aanbestedende overheid:

- hetzij overgaan tot een ambtshalve borgstelling via afhoudingen van de op de beschouwde opdracht verschuldigde bedragen. In dat geval wordt een straf opgelegd ten belope van veertig procent van de storten borgtocht.
- hetzij een ambtshalve maatregel toepassen. In elk geval sluit de verbreking van de opdracht op deze basis de toepassing van straffen of vertragingboetes uit.

13.2. Vrijgave van de borgtocht

In afwijking van art. 33 van AUR, zal, op uitdrukkelijk verzoek van de opdrachtnemer, de borgtocht worden vrijgemaakt in twee stappen:

- Stap 1: 50.000,00 EUR na verloop van 3 maand na de definitieve oplevering (einde van de maximale duurtijd van de opdracht, m.a.w. 31/12/2025).
- Stap 2: 25.000,00 EUR na verloop van 1 jaar na definitieve oplevering (einde van de maximale duurtijd van de opdracht, m.a.w. 31/12/2025)

Ieder eerder ingediend verzoek zal pas aanvaardbaar worden na verloop van de betreffende termijn. In de mate dat de borgtocht kan worden vrijgegeven, verleent de aanbestedende overheid hiervoor handlichting uiterlijk 15 dagen nadat ze het verzoek heeft ontvangen.

14. Overzicht van de procedure

Deze opdracht wordt geplaatst door middel van de openbare procedure. Dit betekent dat elke geïnteresseerde inschrijver een offerte mag indienen.

15. Regelmatigheid van de offertes

De offertes van de inschrijvers zullen worden onderzocht op het vlak van hun regelmatigheid. De substantieel onregelmatige offertes zullen worden geweerd.

Enkel regelmatige offertes komen in aanmerking om getoetst te worden aan de gunningscriteria.

16. Selectiecriteria

De inschrijver dient aan onderstaande selectiecriteria te voldoen:

16.1. Geschiktheid om de beroepsactiviteit uit te voeren

De inschrijver dient aan het volgende criteria te voldoen:

Vergunning zoals 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)

16.2. Economische- en financiële draagkracht

De inschrijver dient aan volgende criteria te voldoen:

- Een ingevulde bankverklaring dient bij de offerte te worden toegevoegd
- Een specifieke omzet van minimaal volgende bedragen per jaar voor de voorbije 3 jaar inzake de dienst in hospitalisatieverzekering (beroepsgebonden):
 - Perceel 1: minimum € 3.000.000,00
 - Perceel 2: minimum € 30.000.000,00
 - Perceel 3: minimum € 3.000.000,00
 - Perceel 1 + 3: minimum € 6.000.000,00
 - Perceel 1 + 2 of 2 + 3: minimum €30.000.000,00
 - Alle percelen: minimum €30.000.000,00

16.3. Technische- en beroepsbekwaamheid

De inschrijver dient aan volgende criteria te voldoen:

- Een lijst met ten minste 3 gelijkwaardige (t.t.z. 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).

De referenties moeten aan volgende voorwaarden voldoen:

- Perceel 1: minimum 3 verzekeringspolissen met 3.500 aangeslotenen per polis
 - Perceel 2: minimum 3 verzekeringspolissen met in totaal 150.000 aangeslotenen (waarvan 1 polis voor minimum 50.000)
 - Perceel 3: minimum 3 verzekeringspolissen met 3.500 aangeslotenen per polis
 - Perceel 1 + 3: minimum 3 verzekeringspolissen met 7.000 aangeslotenen per polis of 4 verschillende polissen voor een minimum van 3.500 aangeslotenen per polis
 - Perceel 1 + 2 of 2 + 3: minimum 3 verzekeringspolissen met in totaal 150.000 aangeslotenen (waarvan 1 polis voor minimum 50.000 aangeslotenen)
 - Alle percelen: minimum 3 verzekeringspolissen met 150.000 aangeslotenen in totaal (waarvan 1 polis voor minimum 50.000 aangeslotenen)
- Een verklaring betreffende de gemiddelde jaarlijkse personeelsbezetting en de omvang van het kader in de afdeling "hospitalisatie" gedurende de laatste 3 jaren.

17. Gunningscriterium

De prijs is het enige gunningscriterium.

De prijzen opgegeven in het offerteformulier zullen worden vermenigvuldigd met de hoeveelheden per perceel uit punt **20. Raming** hoeveelheden.

De verkregen totaalprijs per perceel zal worden vergeleken.

De laagste totaalprijs krijgt het maximum van de punten. De andere prijzen krijgen punten in verhouding met de laagste prijs.

De opdracht zal worden gegund aan de inschrijver met de hoogste eindquotatie, nadat de aanbestedende overheid ten opzichte van deze inschrijver de juistheid van het Uniform Europees Aanbestedingsdocument, het uittreksel van het strafregister heeft nagegaan en blijkt dat de inschrijver zich niet in een uitsluitingsgeval bevindt.

18. Uitsluitingsgronden

De inschrijver is verplicht om bij zijn offerte een ingevuld Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA) toe te voegen conform art. 73 van de wet van 17 juni 2016. Door middel van deze UEA verklaart de inschrijver dat hij zich niet in de uitsluitingsgronden bevindt zoals bedoeld in de artikelen 67 tot 69 van de wet van 17 juni 2016.

Met betrekking tot de verplichte uitsluitingsgronden betreffende de fiscale en sociale schulden, zal de aanbestedende overheid de inlichtingen of documenten opvragen via elektronische middelen. De aanbestedende overheid kan de inschrijvers echter ten allen tijde verzoeken de vereiste ondersteunende documenten geheel of gedeeltelijk in te dienen wanneer dit noodzakelijk is voor het goede verloop van de procedure (art. 73 § 3 wet van 17 juni 2016).

De aanbestedende overheid is echter ook verplicht om te controleren of de inschrijver zich in de andere verplichte uitsluitingsgronden bevindt. Bijgevolg, vereist de aanbestedende overheid dat de inschrijvers een uittreksel uit het strafregister aan hun offerte toevoegen of, bij gebreke daarvan, een gelijkwaardig document dat is afgegeven door een bevoegde rechterlijke of administratieve instantie van het land van oorsprong of het land waar de ondernemer is gevestigd, waaruit blijkt dat aan de betrokken eisen is voldaan.

Behoudens uitsluitingsgronden m.b.t. fiscale en sociale schulden kan de inschrijver, die zich in één van de verplichte of facultatieve uitsluitingsgronden bevindt, aantonen dat hij corrigerende maatregelen heeft genomen om zijn betrouwbaarheid aan te tonen. Hiertoe bewijst de inschrijver, op eigen initiatief, dat hij eventuele schade als gevolg van strafrechtelijke inbreuken of fouten heeft betaald of heeft toegezegd te zullen vergoeden, dat hij feiten en omstandigheden heeft opgehelderd door actief mee te werken met de onderzoekende autoriteiten en dat hij concrete technische, organisatorische en personeelsmaatregelen heeft genomen teneinde een nieuwe strafrechtelijke inbreuk of fout te voorkomen.

Verplichte uitsluitingsgronden :

1° deelneming aan een criminele organisatie;

2° omkoping;

3° fraude;

4° terroristische misdrijven of strafbare feiten in verband met terroristische activiteiten dan wel uitlokking van, medeplichtigheid aan of poging tot het plegen van een dergelijk misdrijf of strafbaar feit ;

5° witwassen van geld of financiering van terrorisme;

6° kinderarbeid en andere vormen van mensenhandel;

7° tewerkstelling van onderdanen van derde landen die illegaal in het land verblijven.

De in 1° tot 6° bedoelde uitsluitingen van deelname aan overheidsopdrachten gelden voor een periode van vijf jaar vanaf de datum van de veroordeling. De onder 7° bedoelde uitsluiting van deelname aan overheidsopdrachten geldt voor een periode van vijf jaar, vanaf de beëindiging van de inbreuk.

De inschrijver die niet voldaan heeft aan zijn verplichtingen inzake betaling van zijn fiscale schulden en sociale zekerheidsbijdragen, wordt uitgesloten van deze plaatsingsprocedure. De toegang tot de procedure wordt evenwel niet ontzegd aan de inschrijver die:

a) geen bijdrageschuld heeft van meer dan 3.000 euro of

b) die voor die schuld uitstel van betaling heeft verkregen en de afbetalingen daarvan strikt in acht neemt.

Indien de inschrijver een bijdrageschuld heeft van meer dan 3.000 euro, toont hij aan, op straffe van uitsluiting, dat hij op een aanbestedende overheid of op een overheidsbedrijf, één of meer schuldvorderingen bezit die zeker, opeisbaar en vrij van elke verbintenis tegenover derden zijn voor een bedrag dat minstens gelijk is aan zijn schuld verminderd met 3.000 euro.

Indien het attest in bezit van de aanbestedende overheid niet aantoonst dat de inschrijver voldoet aan de eisen i.v. m. zijn fiscale en sociale verplichtingen, stelt zij de ondernemer hiervan in kennis. Vanaf de dag volgend op deze kennisgeving, beschikt de inschrijver over een termijn van vijf werkdagen om het bewijs te geven van zijn regularisatie. Van deze regularisatie kan slechts éénmalig gebruik gemaakt worden.

Facultatieve uitsluitingsgronden :

Conform art. 69 wet van 17 juni 2016, kan de aanbestedende overheid, in elk stadium van de plaatsingsprocedure, een kandidaat of inschrijver van deelname aan deze procedure uitsluiten, in de volgende gevallen:

1° indien de aanbestedende overheid met elk passend middel aantoonst dat de inschrijver de verplichtingen op het vlak van het milieu-, sociaal en arbeidsrecht heeft geschonden ;

2° wanneer de kandidaat of inschrijver in staat van faillissement of van vereffening verkeert, zijn werkzaamheden heeft gestaakt, een gerechtelijke reorganisatie ondergaat, of aangifte heeft gedaan van zijn faillissement, voor hem een procedure van vereffening of gerechtelijke reorganisatie aanhangig is, of hij in een vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die bestaat in andere nationale reglementeringen ;

3° wanneer de aanbestedende overheid kan aantonen, met elk passend middel, dat de kandidaat of inschrijver in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken;

4° wanneer de aanbestedende overheid over voldoende plausibele aanwijzingen beschikt om te besluiten dat de kandidaat of inschrijver handelingen zou hebben gesteld, overeenkomsten zou hebben gesloten of afspraken zou hebben gemaakt, die gericht zijn op vervalsing van de mededinging;

5° wanneer een belangenconflict in de zin van artikel 6 niet effectief kan worden verholpen met andere minder ingrijpende maatregelen;

6° wanneer zich wegens de eerdere betrokkenheid van de kandidaat of inschrijver bij de voorbereiding van de plaatsingsprocedure een vervalsing van de mededinging als bedoeld in artikel 52 heeft voorgedaan die niet met minder ingrijpende maatregelen kan worden verholpen;

7° wanneer de inschrijver blijkt heeft gegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een wezenlijk voorschrift tijdens een eerdere overheidsopdracht, een eerdere opdracht met een aanbesteder of een eerdere concessieovereenkomst en dit geleid heeft tot het nemen van ambtshalve maatregelen, schadevergoedingen of andere vergelijkbare sancties;

8° wanneer de inschrijver zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de informatie die nodig is voor de controle op het ontbreken van uitsluitingsgronden of de naleving van de selectiecriteria, of hij informatie heeft achtergehouden, of niet in staat was de ondersteunende documenten die vereist zijn krachtens artikel 73 over te leggen ;

9° wanneer de kandidaat of inschrijver heeft getracht om het besluitvormingsproces van de aanbestedende overheid onrechtmatig te beïnvloeden, om vertrouwelijke informatie te verkrijgen die hem onrechtmatige voordelen in de plaatsingsprocedure kan bezorgen, of om verwijtbaar misleidende informatie te verstrekken die een belangrijke invloed kan hebben op beslissingen inzake uitsluiting, selectie en gunning.

19. Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA)

Bij de offerte moet een correct ingevulde UEA worden toegevoegd (zie artikel 73 wet van 17 juni 2016 betreffende overheidsopdrachten & artikel 38 K.B. van 18 april 2017).

Volgens artikel 76 K.B. betreffende van het bovenvermelde K.B. is het niet-bijvoegen van een UEA een substantiële onregelmatigheid. Bijgevolg wordt de offerte nietig verklaard.

De aanbestedende overheid heeft een UEA opgesteld die de inschrijver moet invullen. De inschrijvers moeten de door de opdrachtgever voorbereide UEA vervolledigen via de website:

<https://uea.publicprocurement.be/>

- 1) Selecteer taal
- 2) Kruis aan: ik ben ondernemer
- 3) Kruis aan: UEA importeren:
Gebruik het XML-bestand dat is toegevoegd → ESPD_request_nl of ESPD_request_fr
Dit bestand moet worden gedownload en na het importeren op het UEA-platform wordt dit door het systeem erkend en omgezet in de door de aanbestedende overheid opgestelde UEA.
- 4) Selecteer land → Volgende
- 5) Vul alle nodige informatie aan in “Deel II: Gegevens over de ondernemer” → Volgende
- 6) Deel III: Kruis aan wat van toepassing is en vul aan indien nodig → Volgende
- 7) Deel IV Selectiecriteria: kruis aan wat van toepassing is en vul aan indien nodig → Volgende
- 8) Deel V + Deel VI: Verklaringen aanvullen
- 9) Klik onderaan op overzicht
- 10) Klik vervolgens onderaan op “Downloaden in” → selecteer PDF
Voeg dit PDF-bestand toe aan de offerte

20. Raming hoeveelheden

Alle cijfergegevens hierna vermeld worden enkel gegeven ter indicatieve titel. Hoeveelheden in meer of min geven geen recht op enige schadevergoeding.

20.1. Perceel 2

20.1.1. Totaal voor alle plaatselijke of provinciale overheidsdiensten

Leeftijd verzekerde	Aantal
0 tot 20 jaar	24 538
21 tot 49 jaar	45 201
50 tot 66 jaar	37 453
67 jaar en ouder	21 955
Totaal	129 147



20.1.2. De plaatselijke of provinciale overheidsdienst neemt de premie van de verzekerden (gedeeltelijk) ten laste

	Basisformule	Uitgebreide formule	Totaal
Personeelsleden	31 559	28 100	59 659
Gezinsleden	8 561	9 450	18 011
Totaal	40 120	37 550	77 670

Aanvulling

Personeelsleden	Basisformule	Uitgebreide formule	Totaal
0 tot 20 jaar	11	10	21
21 tot 49 jaar	12 941	11 522	24 463
50 tot 66 jaar	13 595	12 105	25 701
67 jaar en ouder	5 012	4 463	9 475
Totaal	31 559	28 100	59 659

Gezinsleden	Basisformule	Uitgebreide formule	Totaal
0 tot 20 jaar	4 036	4 455	8 490
21 tot 49 jaar	2 304	2 543	4 847
50 tot 66 jaar	1 311	1 447	2 758
67 jaar en ouder	911	1 005	1 916
Totaal	8 561	9 450	18 011

20.1.3. De plaatselijke of provinciale overheidsdienst neemt de premie van de verzekerden niet ten laste

	Basisformule	Uitgebreide formule	Totaal
Personeelsleden	3 946	4 930	8 876
Gezinsleden	16 859	25 742	42 601
Totaal	20 805	30 672	51 477

Aanvulling

Personeelsleden	Basisformule	Uitgebreide formule	Totaal
0 tot 20 jaar	1	2	3
21 tot 49 jaar	1 618	2 022	3 640
50 tot 66 jaar	1 700	2 124	3 824
67 jaar en ouder	627	783	1 410
Totaal	3 946	4 930	8 876

Gezinsleden	Basisformule	Uitgebreide formule	Totaal
0 tot 20 jaar	7 947	12 134	20 081
21 tot 49 jaar	4 537	6 927	11 464
50 tot 66 jaar	2 582	3 942	6 523
67 jaar en ouder	1 794	2 739	4 532
Totaal	16 859	25 742	42 601

21. 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.

22. Facturatie van de premies

In geval van niet betaling van de individuele premie door de verzekerde, kan deze niet verhaald worden bij de betrokken aanbestedende overheid (intekenaar), bij zijn sociale dienst of bij de leidende dienst.

De intekenaar is rechtstreeks en als enige verantwoordelijk voor de betaling van wat aan hem gefactureerd wordt. De leidende dienst is bijgevolg geen schuldenaar, noch van de hoofdsom, noch van de eventuele interesten.

De betaling gebeurt binnen de 30 kalenderdagen te tellen vanaf de datum van ontvangst van de factuur die correct werd opgesteld en verstuurd naar de betalende klant.

In geval van niet betaling van de premie door de intekenaars binnen de voorziene termijnen, kan de dekking slechts geschorst worden mits toepassing van de procedure voorzien in de algemene uitvoeringsregels (AUR). Een eventuele schorsing treft enkel de hoofd- en nevenverzekerden waarvan de toetreding tot dit contract kan worden gerelateerd aan de niet-betalende intekenaar.

Aan de schorsing van de dienstverlening voor de verzekering komt onmiddellijk een einde wanneer de verschuldigde premie werd betaald.

De hoofdverzekerden

Wanneer de totale premie wordt betaald door de aanbestedende overheid of een intekenaar, dan wordt de facturatie van de totale premie geadresseerd aan de aanbestedende overheid of intekenaar.

Indien de aanbestedende overheid of een intekenaar 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) individueel geadresseerd aan respectievelijk de aanbestedende overheid of intekenaar en de individuele verzekerden.

Opmerking: de bedragen van de premies toepasbaar op hoofdverzekerden in de categorie “50 tot 66 jaar inbegrepen” blijven toepasbaar op de hoofdverzekerden die nog in dienst zijn bij de aanbestedende overheid of de intekenaar na hun 66 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 aanbestedende overheid of intekenaar zal dan ook rechtstreeks aan hen worden gefactureerd.

Op vraag een aanbestedende overheid of intekenaar, kan er worden overeengekomen om de facturatie voor de hoofdverzekerden en nevenverzekerden te laten gebeuren door tussenkomst van een aangesloten overheid.

23. Vertrouwelijkheid van de informatie en Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG – GDPR)

Alle informatie die de opdrachtnemer ontvangt in het kader van deze procedure is strikt vertrouwelijk en in het bijzonder de schadestatistieken.

De inschrijver en opdrachtnemer zullen dan ook alle informatie vertrouwelijk behandelen en slechts gebruiken voor de opmaak van hun offerte en om, indien zij als opdrachtnemer worden gekozen, de opdracht uit te voeren.

De verkregen informatie mag niet worden gereproduceerd, gepubliceerd of om het even welke wijze worden onthuld aan derden, tenzij met voorafgaande, uitdrukkelijke en schriftelijke toestemming van de aanbestedende overheid.

Alle persoonlijke gegevens die de aanbestedende overheid en de opdrachtnemer uitwisselen dienen conform te zijn met de bepalingen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG – GDPR).

De inschrijver en zijn onderaannemers verbinden zich ertoe de persoonlijke gegevens verkregen bij deze opdracht enkel toe te passen voor de uitvoering of ter nakoming van een wettelijke verplichting of met uitdrukkelijke toestemming van de FPD, RSZ of betrokken intekenaar.

C. DEFINITIES

- 1 De "verzekeringnemer": de aanbestedende overheid of de desbetreffende administratie die de verzekering heeft afgesloten voor rekening van de verzekerden, zoals hierna bepaald.
- 2 "Hoofdverzekerden": de statutaire personeelsleden (inclusief stagiairs) en de contractuele personeelsleden in dienst van de plaatselijke of provinciale overheidsdienst en in voorkomend geval zijn mandatarissen, die zich aansluiten vóór de leeftijd van 66 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 2022 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 66 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 kinderen van gescheiden of van tafel en bed gescheiden ouders die ten laste zijn op voorwaarden dat de hoofdverzekerde verplicht is alimentatiegeld te betalen of in geval van co-ouderschap.
 - 3.5 De op 1 januari 2022 reeds gepensioneerde verzekerden, die op die datum aangesloten waren bij de huidige collectieve verzekering 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 éézelfde 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 herstellenden of kinderen, alsmede deze die een bijzondere erkenning als rust- of verzorgingstehuis gekregen hebben.

- 5 "Palliatieve instelling": elke erkende verblijfsinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, evenals een palliatieve behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging veronderstelt die enkel in deze instelling kan uitgevoerd worden.
- 6 "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 maxiforfait, dagziekenhuisforfait (groepen 1 tot en met 7), forfaits chronische pijn opgenomen in de Nationale overeenkomst tussen de Verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen alsook voor de volgende situaties van daghospitalisatie:
 - elke toestand waarin dringende verzorging noodzakelijk is en die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt
 - voor elke toestand waarin, op voorschrift van de behandelende arts, een effectief medisch toezicht wordt uitgeoefend omwille van de toediening van een geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus. De loutere toediening van een oplossing van zouten of suikers als waakinfuus en het spoelen van een poortkatheter valt niet onder deze omschrijving.

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.
- 7 "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.
- 8 "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.
- 9 "Vrijstelling": het deel van de gewaarborgde kosten dat in elk geval ten laste blijft van de verzekerde.
- 10 "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.



- 11 “Categorie D”: de geneesmiddelen die niet behoren tot één van de 7 vergoedingscategorieën¹ worden vaak de “categorie D” geneesmiddelen genoemd. Het zijn geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling voorzien is, zoals bijvoorbeeld kalmeer- of slaapmiddelen.

¹ <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/farmaceutische-specialiteiten-vergoedingscategorieen.aspx>

D. TECHNISCHE BEPALINGEN PERCEEL 2

De inschrijver dient een offerte te geven conform de bepalingen vermeld in dit bestek. Zoals hierboven bepaald mogen geen varianten worden voorgesteld.

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

1. Waarborgen

1.1. 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 2 - Omvang van de terugbetalingen door de verzekeraar).

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

Dienen gewaarborgd te worden:

- 1 De verblijfskosten, met inbegrip van de toeslagen voor een tweepersoons- of gemeenschappelijke kamer. 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 éénpersoonskamer 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;
- 11 Plastische herstelgeneeskunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval.

1.1.2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend

Dienen gewaarborgd te worden:

- 1 De niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese en endoprothese;
- 2 Het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte niet-herbruikbare materiaal;
- 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 uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- 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 Voorgescreven 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.

1.2. Pre en posthospitalisatie

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

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

Dienen gewaarborgd te worden:

- 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 medische hulpmiddelen 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;
- 6 Medische kosten en verzorgingskosten in een revalidatiecentrum;

- 7 De kosten van medische verzorging van de donor die een rechtstreeks verband houden met de transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde verzekerde;
- 8 Geneesmiddelen.

1.2.2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend

Dienen gewaarborgd te worden:

- 1 De niet-vergoedbare of onder categorie « D » in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- 2 De homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- 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.

1.3. Ernstige ziekten

Bij volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose en amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus (buktyfus, 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, sclerodermie dient de verzekering eveneens van toepassing te zijn op de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten.

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

Dienen gewaarborgd te worden:

- 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.

1.3.2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend

Dienen gewaarborgd te worden:

- 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 uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- 4 De vervoerskosten;

- 5 Alle andere kosten waarmee de verzekeraar vooraf heeft ingestemd;
- 6 De kosten voor voorgeschreven pruiken, uitwendige borstprothesen, beperkt tot 500€ per voorschrift.

Opmerking: De verblijfskosten in een palliatieve instelling wanneer ze complementair zijn aan gewaarborgde prestaties cfr. punt 1.1. en 1.3..

1.4. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp

De verzekering dient van toepassing te zijn op de medische kosten voor thuisbevalling onder begeleiding van een erkend arts of een door het RIZIV erkende verloskundige en een poliklinische bevalling. 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.

De tussenkomst voor kraamhulp is beperkt tot twaalf kalenderdagen.

2. Omvang van de terugbetalingen door de verzekeraar

De verzekeraar waarborgt de terugbetalingen:

- 1 Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, geldt een waarborg tot een bedrag van € 3 000 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 € 50 per nacht;
 - De tussenkomst in de verblijfskosten van een donor beperkt is tot € 2 000;
 - 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 36 maanden te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een wettelijke tegemoetkoming.
- 3 De tussenkomst voor kraamhulp wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf kalenderdagen en tot maximaal € 620.
- 4 Een tussenkomst van 50% van de kosten tot € 1 250 per persoon per kalenderjaar voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie uitgevoerd door een erkend specialist ter zake indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien
- 5 Vruchtbaarheidsbehandelingen: Ivf, ICSI en IUI: de tussenkomst voor de kosten betreffende de behandelingen wordt gewaarborgd tot € 500 per behandeling, met een maximum van 6 behandelingen voor zover de twee partners ten minste 12 maanden aangesloten zijn bij het contract **in de uitgebreide formule**
- 6 Extramuraal cataract operatie (voor wat de extramuraal 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).



3. Kiezen van de formule

De verzekerde kan kiezen uit twee formules:

1) 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

2) Uitgebreide formule

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

- a. Alle supplementen voor zowel de verblijfkosten 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;
- b. De vrijstelling per verzekerde en per kalenderjaar is € 250 en dit alleen voor tussenkomsten opgenomen in de uitgebreide formule en dus niet voor deze opgenomen in de basisformule.
- c. Vruchtbaarheidsbehandelingen: Ivf, ICSI en IUI: de tussenkomst voor de kosten betreffende de behandelingen wordt gewaarborgd tot € 500 per behandeling, met een maximum van 6 behandelingen voor zover de twee partners ten minste 12 maanden aangesloten zijn bij het contract.

3.1. 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. Vrijstelling

De vrijstelling is bepaald op maximum € 250 per verzekerde en per kalenderjaar indien de verzekerde gekozen heeft voor de opname in een éénpersoonskamer.

Er is geen vrijstelling van toepassing in de uitgebreide formule wanneer de verzekerde vrijwillig voor een gemeenschappelijke kamer kiest of indien er geen éénpersoonskamer beschikbaar is.

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.

5. Begin en looptijd van de verzekering

De verzekering wordt van kracht op 1 januari 2022 en heeft volgende looptijd:

- Perceel 1: looptijd van 2 jaar
- Perceel 2: looptijd van 4 jaar
 - Lokale en provinciale besturen die aan dit contract deelnemen (zie punt 3 van de administratieve bepalingen) engageren zich gedurende de volledige looptijd van het contract tenzij uitdrukkelijk anders vermeld.

6. Stopzetting (uitdiensttreding, overlijden, ...)

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

6.1. Hoofdverzekerden

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

- 1) Het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op verzoek van de hoofdverzekerde d.m.v. een aangetekend schrijven aan de aanbestedende overheid of opdrachtnemer tenminste 3 maanden voor de jaarlijkse vervaldag van de opdracht;
- 2) Het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de aanbestedende overheid of intekenaar
- 3) Het overlijden van de hoofdverzekerde;
- 4) Bij bedrog of poging tot bedrog door de hoofdverzekerde.
- 5) Opzegging door de opdrachtnemer bij niet-betaling van de premie.

6.2. Nevenverzekerden

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

- 1) Het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op verzoek van de nevenverzekerde d.m.v. een aangetekend schrijven aan de opdrachtnemer tenminste 3 maanden voor de jaarlijkse vervaldag van de opdracht
- 2) Het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de aanbestedende overheid of intekenaar, behoudens het geval van overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij pensionering



- 3) Het overlijden van de nevenverzekerde
- 4) Bij bedrog of poging tot bedrog door de nevenverzekerde
- 5) Opzegging door de opdrachtnemer bij niet-betaling van de premie.

In geval van het hierboven vermelde beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst en in geval de gezinsleden niet meer beantwoorden aan de criteria van nevenverzekerde zoals bepaald in punt C. "Definities" blijft, ongeacht de datum van kennisgeving van de beëindiging, de verzekering steeds lopen – en is de premie verschuldigd – tot en met 31 december van het lopende verzekeringsjaar, indien de verzekerde dit wenst.

Indien de verzekerde zijn aansluiting echter vroeger wenst te beëindigen, dient deze binnen de maand na voormelde omstandigheid een schrijven te richten aan de opdrachtnemer.

7. Controle en toezicht op de opdracht

7.1. Perceel 2

De controle van en het toezicht op dit perceel wordt uitgevoerd door de dienst MEDISOC van de FPD vertegenwoordigd door Mevrouw Marie-Françoise Rappe, Adviseur – tel.02/529 39 73.





E. ANDERE TECHNISCHE BEPALINGEN

Hieronder worden de gemeenschappelijke technische bepalingen beschreven die gelden voor alle percelen.

1. Informatiecampagnes

De opdrachtnemer dient bijstand te verlenen aan een informatiecampagne voor de verzekerden.

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

2. 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 de 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).

3. Terrorisme

Deze opdracht dekt ook de schade veroorzaakt door een daad van terrorisme, zoals gedefinieerd en geregeld door de wet van 1 april 2007 met betrekking tot de verzekering van schade veroorzaakt door terrorisme (BS 15 mei 2007).

4. 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 Esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheekunde ingevolge een ziekte of een in aanmerking genomen ongeval worden wel ten laste genomen.
- 3 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:
 - i. Wordt bewezen dat er geen causaal verband is tussen de ziekte of het ongeval en de omstandigheden ervan;
 - ii. 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 Sterilisatie, anticonceptieve behandeling, tenzij om dringende medische redenen
- 5 Thermale kuren behalve om dringende medische redenen

- 6 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.
- 7 Beoefening van vliegsporten of sporten met gebruik van motorrijtuigen, alsmede de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport.
- 8 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.
- 9 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.
- 10 Vrijwillige verminking of zelfmoordpoging.
- 11 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.

5. Aansluiting en wachttijd

5.1. Aansluiting

De aanbestedende overheid 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 verzekeringsnemer deelt eveneens mee:

- 1) 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;
- 2) 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.

Zij treden toe door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier. Het behoorlijk ingevulde formulier moet worden overgemaakt aan de personeelsdienst van de aanbestedende overheid of de intekenaar die het dan overmaakt aan de verzekeraar.

5.2. 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.

5.2.1. De hoofdverzekerden, waarvan de premie volledig ten laste is van de aanbestedende overheid of intekenaar en hun nevenverzekerden

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. Zo niet gaan de waarborgen in op de eerste van de maand volgend op deze waarin het formulier werd overgemaakt.

Deze regeling geldt zowel voor de hoofdverzekerden in dienst op de aanvangsdatum van deze verzekeringsovereenkomst als voor de later in dienst tredende hoofdverzekerden.

5.2.2. De hoofdverzekerden, waarvan de premie niet of slechts gedeeltelijk ten laste is van de aanbestedende overheid of intekenaar en hun nevenverzekerden

- 1 De waarborg begint te lopen vanaf de eerste dag van de maand volgend op het overmaken van het formulier.
- 2 Er is geen medische vragenlijst of medisch onderzoek.
- 3 De algemene wachtermijn is DRIE MAANDEN.

Deze wachtermijnen vervallen evenwel:

- i. Voor de verzekerden van nieuw toetreden 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;
 - ii. Voor nieuw in dienst tredende hoofdverzekerden en hun gezin, voor zover de aansluiting plaatsvindt binnen de drie maanden na de gebeurtenis;
 - iii. Bij ongeval;
 - iv. Bij volgende acute of besmettelijke ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerobrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus;
 - v. 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.
- 4 Zonder afbreuk te doen aan de in punt 3. 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.
 - 5 In afwijking van punt 3 en 4, 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.

5.2.3. 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.

5.2.4. 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 vervalltermijn indienen.

5.2.5. 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 vervaldag van de vorige verzekering. Gebeurt de overstap later dan drie maanden na de eerstvolgende vervaldag van de vorige verzekering, zijn de bepalingen van punt 1. hiervoor van toepassing.

6. Betaling van de premie

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

Wanneer een hoofd - dan wel nevenverzekerde een leeftijdsgrens bereikt waardoor hij overgaat van de ene categorie naar een andere, blijft het tarief ongewijzigd tot aan het einde van het kalenderjaar. Dit zal ook zo zijn in geval dat een verzekerde van statuut wijzigt ("actieve" naar "niet-actief").

Opmerking: de bedragen van de premies toepasbaar op hoofdverzekerden in de categorie "50 tot 66 jaar inbegrepen" blijven toepasbaar op de hoofdverzekerden die nog in dienst zijn bij de aangesloten lokale of provinciale overheden na hun 66 jaar.

7. Schadebeheer en administratieve ondersteuning

7.1. Aangifte - Verplichtingen bij schadegeval

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

- 1) Via internet;
- 2) Aan de terminal in het ziekenhuis (elektronisch derde-betalerssysteem) indien het ziekenhuis hiermede is uitgerust
- 3) Of, indien het ziekenhuis waar de verzekerde is opgenomen niet is uitgerust met het elektronisch derde-betalerssysteem 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.

7.2. Overmaken van de bewijsstukken inzake de kosten

De verzekerde stuurt naar de opdrachtnemer 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 binnen de 20 werkdagen, na aftrek van:

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) Het bedrag van de contractuele vrijstelling.

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

Het elektronisch derde-betalerssysteem 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 twintig werkdagen 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 derde-betalerssysteem.

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.

8. Recht op individuele voorzetting van een collectieve beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst

Behalve in geval van niet-betaling van de premie of in geval van bedrog, heeft elke persoon (onder bepaalde voorwaarden²) 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

² Wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

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 Administratief Gedeelte - Wetgeving).

9. Prijsherziening

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.

De kennisgeving van de tariefaanpassing en de nieuwe prijzen moeten schriftelijk ter goedkeuring worden voorgelegd vóór 31 augustus aan de aanbestedende overheid of intekenaar.

Vanaf januari 2024, zullen de premies op 1 januari van elk jaar worden herzien op basis van de Medische index “Waarborg éénpersoonskamer” en “Waarborg twee- en meerpersoonskamer”. Deze specifieke indexcijfers worden berekend door de FOD Economie volgens de modaliteiten, bepaald in het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis, 4,§3, van de wet van 25 juni 1992 op de landsverzekeringsovereenkomst.

9.1. Basisformule

$$P_n = P_o \times (MI2(n-1) / MI2o)$$

Waarbij

n: het jaar waarin de premieherziening wordt berekend

P_n: het bedrag van de premie in jaar n

P_o: het bedrag van de premie in 2022

MI2 (n-1): globale medische index twee- en meerpersoonskamer van het jaar n-1

MI2_o: globale medische index twee- en meerpersoonskamer van het jaar 2022

9.2. Uitgebreide formule

$$P_n = P_o \times (MI2(n-1) / MI2o)$$

Waarbij

n: het jaar waarin de premieherziening wordt berekend

P_n: het bedrag van de premie in jaar n

P_o: het bedrag van de premie in 2022

MI2 (n-1): globale medische index éénpersoonskamer van het jaar n-1

MI2_o: globale medische index éénpersoonskamer van het jaar 2022

10. Verplichtingen van de aanbestedende overheid of intekenaars

De aanbestedende overheid of intekenaar:

- Informeert de opdrachtnemer over de bestaande tussenkomstpolitiek in de organisatie, m.a.w. welk gedeelte van de premies dat de intekenaar ten laste zal nemen en welk gedeelte van de premies door de verzekerde zelf zal betaald worden;
- Duidt een vaste contactpersoon aan binnen de administratie (per aanbestedende overheid en intekenaar) die de rol van tussenpersoon zal verzekeren en die verantwoordelijk is voor de opvolging en uitvoering van het contract;
- Informeert zijn personeelsleden, inclusief nieuw aangeworvenen, over het bestaan van het contract en biedt hen de mogelijkheid om hierbij aan te sluiten door de nodige documenten (informatiebrochures, aansluitingsformulieren, ...) ter beschikking te stellen;
- Kan op vraag van een verzekerde optreden als tussenpersoon tussen de verzekerde en de opdrachtnemer in geval van een geschil of dispuut;
- Geeft, op eigen initiatief of op vraag van de verzekerde, de nodige gegevens door aan de opdrachtnemer in geval een nieuwe inschrijving van een nieuwe verzekerde, bij een wijziging in de gezinstoestand of de beroepssituatie (geboorte, huwelijk, ...);
- Betaalt jaarlijks dat gedeelte van de premie ter zijnen laste.

11. Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde:

- Betaalt jaarlijks of trimestrieel zijn gedeelte van de premie
- Moet alle nodige maatregelen nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken;
- Indien de verzekerde vooraf weet heeft van een ingreep, moet hij de voorziene hospitalisatie mededelen aan de helpdesk van de opdrachtnemer;
- Moet, wanneer het systeem van derde betaler niet van toepassing is (onder andere wanneer het ziekenhuis het systeem van derde betaler niet aanvaardt), de opdrachtnemer zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen van een opname in een verpleeginrichting, een heelkundige ingreep en/of een ongeval d.m.v. de daartoe bestemde formulieren. Hij voegt bij zijn verklaring elk nuttig document, verklaring of rapport als bewijs van het bestaan en de ernst van het voorval;
- Stuurt de opdrachtnemer alle originele bewijsstukken (ziekenhuisfacturen, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangstbewijzen van de apotheker, etc.).

12. Verplichtingen van de opdrachtnemer

De opdrachtnemer is verantwoordelijk voor zijn onderaannemers. Alle aan de opdrachtnemer opgelegde verplichtingen gelden eveneens voor de prestaties die betrekking hebben op zijn onderaannemers.

12.1. In de opstartfase van het nieuwe contract

De opdrachtnemer:

- Duidt een specifiek contactpersoon aan voor de contractverantwoordelijken van de intekenaars, waar deze terecht kunnen met andere vragen dan deze bestemd voor de helpdesk of indien zich andere vragen of problemen stellen tijdens de uitvoering van het contract;
- Werkt voor elke administratie (intekenaar) samen met de contractverantwoordelijke binnen de betreffende dienst een gedetailleerd informatie- en communicatieplan uit. De kosten voor de concrete uitwerking van dit plan (opmaak infobrochures en documenten, organiseren van

infosessies ,...) en de verdere ondersteuning van een informatiecampagne zijn ten laste van de opdrachtnemer;

- Verbindt zich om een documentatie met prijzen en voorwaarden te bezorgen aan elke potentiële klant die in het kader van deze opdracht een verzekeringscontract kan afsluiten;
- Richt een helpdesk op waar verzekerden en potentiële verzekerden permanent (tijdens de kantooruren) en in hun eigen taal (Nederlands, Frans, Duits) terecht kunnen voor allerhande informatie m.b.t. contractvoorwaarden, aansluitingsmogelijkheden, overdraagbaarheid van contracten en polissen, betalingen van facturen en schadegevallen;
- Maakt aan elke intekenaar een lijst over van de contactpersonen van de helpdesk voor dit contract, samen met hun referenties (naam, tel., e-mail adressen,...);
- Bezorgt aan alle verzekerden de individuele kaarten, waardoor het systeem “derde betaler” kan worden toegepast. Aan alle intekenaars en verzekerden dient een duidelijke en volledige handleiding over de werking van dit systeem, evenals een lijst met de ziekenhuizen waar dit systeem van toepassing is, verspreid te worden;
- Verbindt zich er toe om de lopende schadedossiers over te nemen.

12.2. Tijdens de contractperiode

Alle dienstverlening moet zowel in het Nederlands, Frans als Duits kunnen aangeboden worden;

De opdrachtnemer:

- Legt de gevraagde documenten voor die worden bepaald in punt 13.
- Informeert de verzekerden en potentiële verzekerden over de voorwaarden van het contract evenals van de mogelijkheden de premie trimestrieel te betalen;
- Stelt gedurende de volledige looptijd van het contract de helpdesk ter beschikking van de verzekerden;
- Beheert de relaties met de individuele verzekerden;
- Heeft niet het recht om verzekerden uit te sluiten tenzij deze zijn verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen;
- Signaleert onmiddellijk alle eventuele problemen van inschrijving of uitvoering aan de betrokkenen en aan de intekenaar;
- Factureert jaarlijks of trimestrieel aan de hoofd- en nevenverzekerden hun gedeelte van de premie;
- Stuurt jaarlijks aan elke intekenaar een globale factuur voor hun gedeelte van de premie, bijkomende gedeeltelijke facturen voor de nieuw aangeslotenen, vergezeld van een verklarende nota ter controle, evenals nuttige statistieken aangaande het contract;
- Betaalt de hospitalisatiekosten zo snel mogelijk en in elk geval binnen de **20 werkdagen** terug aan de ziekenhuizen of de individuele verzekerden;
- Legt belangrijke problemen aangaande interpretatie of conflict voor aan de leidende dienst.

13. Documenten en statistieken

De opdrachtnemer verbindt zich ertoe volgende gegevens ter beschikking te stellen van de leidende dienst en één of meerdere elektronische gegevensbestanden:

13.1. Jaarlijks

- 1) Voor 1 maart van elk jaar dient een globale statistiek van het schade en premiecijfer van het afgelopen jaar (eerste maal in 2023)



- 2) Jaarlijks, en dit ten laatste eind juni van elk jaar, een rapport met statistieken, tendensen en informatie die toelaten de overeenkomst op te volgen en te evalueren.
Deze informatie moet op elektronische informatiedrager (rekenblad compatibel met MS Windows) worden overgemaakt. Deze staat vermeldt per inschrijver/dienst o.a. het aantal verzekerden per categorie, een overzicht van de ontvangen premies en een gedetailleerd overzicht van de uitbetaalde schade.

13.2. Maandelijks

- 1) Een overzicht van de betalingen van de intekenaars

13.3. Op afroep

- 1) Een gedetailleerd overzicht met de vermelding van het aantal verzekerden per categorie (basisformule, uitgebreide formule) en per leeftijdscategorie.

13.4. Einde contract

- 1) Een evaluatierapport m.b.t. het verloop van het contract, de kenmerken en bijzonderheden. Dit rapport bevat o.a. per contractjaar een overzicht van de populatie per dienst en per categorie, overzicht van de schadelast

Bovendien verbindt de opdrachtnemer zich om op het einde van de opdracht alle informatie m.b.t. het collectief verzekeringscontract die nodig is om de overdracht van de verzekering van de ene opdrachtnemer naar de andere vlot te laten verlopen, over te maken aan de aanbestedende overheid en aan de nieuwe opdrachtnemer op elektronische informatiedrager (rekenblad compatibel met Windows of andere besturingssystemen volgens de behoefte). Deze informatie bevat o.a. alle namen en adressen van de hoofdverzekerden met de daar aan gekoppelde nevenverzekerden, ...

14. Straffen

De straffen zoals bepaald in de algemene uitvoeringsregels (AUR) zijn van toepassing.

15. Continuïteit van de lopende dossiers (overname vanaf 1.1.2022)

De opdrachtnemer 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 01.01.2022).



F. Bijlagen

- 1 Offerteformulier
- 2 Uniform Europees Aanbestedingsdocument
- 3 Schadestatistieken (op aanvraag: zie punt 7.2. van het Administratief gedeelte)
- 4 Perceel 2 – Oplijsting besturen en intekenaars

Goedgekeurd,

Sarah Scaillet,
Administrateur-generaal