



SUPPORTER VAN JOUW

GEZONDHEID



Collectieve ziekteverzekering

Inhoud

1. Wat omvat deze collectieve ziekteverzekering?	3
1.1. Algemeen	3
1.2. De waarborgen voorzien in dit plan	3
2. Hoe kan u aansluiten bij deze collectieve ziekteverzekering?	8
2.1. Wie kan aansluiten?	8
2.2. Aansluiting en wachttijd	8
2.3. Hoe kan men bij deze verzekering aansluiten?	9
2.4. Einde van de aansluiting	10
2.5. Recht op individuele voortzetting	11
3. Premies	12
4. Schade-aangifte	13
5. Bijkomende inlichtingen	14
6. Definities	15

16/07/2020

Dit document vormt een samenvatting van het lastenboek met betrekking tot de collectieve verzekering hospitalisatie voor de federale pensioendienst – fpd/s300/2017/03. Enkel het bestek heeft een juridisch bindende waarde.

1. Wat omvat deze collectieve ziekteverzekering?

1.1. Algemeen

De collectieve ziekteverzekering zorgt voor **financiële gemoedsrust bij een ziekenhuisopname, een behandeling voor een zware ziekte of een onverwachte opname in het buitenland**. Concreet voorziet deze verzekering in een aanvullende terugbetaling van de medische kosten die na aftrek van de wettelijke tussenkomst nog ten laste van de patiënt blijven.

Daarnaast wil deze verzekering ook zorgen voor **emotionele gemoedsrust, via de derdebetalersregeling**. Na aangifte van de ziekenhuisopname brengt AG de verzekerde onmiddellijk op de hoogte van de aanvaarding. De verzekerde hoeft geen voorschot te betalen in het ziekenhuis en de ziekenhuisfactuur wordt door AG rechtstreeks aan het ziekenhuis betaald.

Binnen deze verzekering heeft de hoofdverzekerde de keuze tussen de **basisformule** en de **uitgebreide formule**. Deze keuze dient zowel voor hem, als voor alle leden die onder hetzelfde dak wonen dezelfde te zijn.

▪ Basisformule

Deze formule dekt **geen supplementen** bij een opname in een **eenpersoonskamer**.

▪ Uitgebreide formule

Deze formule voorziet wel in een **terugbetaling van de supplementen bij een opname in een eenpersoonskamer**. Deze terugbetaling is gegarandeerd tot een maximum van driemaal het bedrag van de wettelijke tussenkomst. In deze formule geldt er een vrijstelling van 130 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

1.2. De waarborgen voorzien in dit plan

Terugbetaling van medische kosten in geval van een ziekenhuisopname

Bij een ziekenhuisopname wegens ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling betaalt AG, binnen de grenzen hieronder bepaald, de verzorgingskosten terug voor zover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling. Dit omvat volgende zaken:

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

- a. De **verblijfskosten** bij een opname in een twee- of meerpersoonskamer. Werd er echter gekozen voor de uitgebreide formule, dan worden ook de supplementen verbonden aan de opname in een eenpersoonskamer terugbetaald. In dit laatste geval tot een maximum van driemaal het bedrag van de wettelijke tussenkomst en na aftrek van een vrijstelling van 130 euro per verzekerde en per kalenderjaar.
- b. De kosten voor **medische prestaties, erelonen en ereloon-supplementen** voor een tweepersoonskamer en gemeenschappelijke kamers. Werd er echter gekozen voor de uitgebreide formule, dan worden ook de supplementen verbonden aan de opname in een eenpersoonskamer terugbetaald. In dit laatste geval tot een maximum van driemaal het bedrag van de wettelijke tussenkomst en na aftrek van een vrijstelling van 130 euro per verzekerde en per kalenderjaar.
- c. De kosten voor **paramedische prestaties**.
- d. De kosten voor **farmaceutische producten, verbanden, enz.**
- e. De **chirurgie- en verdovingskosten**.
- f. De kosten voor het gebruik van de **operatie- en de bevallingskamer**.
- g. De kosten voor **tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen** alsook orthopedische apparaten, brillen,

hoorapparaten, medische prothesen en kunstledematen, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname van de verzekerde en in rechtstreeks verband staan met de opname. (Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat als de prothesen een zuiver esthetisch karakter hebben er geen terugbetaling zal gebeuren.)

- h. De kosten voor **palliatieve zorgen**, met inbegrip van de geneesmiddelen.
- i. De **medische kosten van de pasgeborene** tijdens de ziekenhuisopname van de moeder na een gewaarborgde bevalling, met inbegrip van de medische kosten voor de afname van stamcellen.
- j. De **wiegendoodtest**.

2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tussenkomst wordt verleend, worden eveneens gewaarborgd:

- a. Het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte **niet-herbruikbaar materiaal**.
- b. De **niet-vergoedbare** of onder categorie 'D' in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen **geneesmiddelen**.
- c. **Homeopathie, chiropraxie, acupunctuur en osteopathie** uitgevoerd door een in deze behandelingen erkend specialist.
- d. De kosten voor **farmaceutische producten, verbanden, enz.**, met uitsluiting van elk type product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is.
- e. De **verblijfskosten van de donor** bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde.
- f. De kosten voor:
 - Aangepast **dringend vervoer** naar het ziekenhuis;
 - Aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord door medische reden;
 - Het medisch urgentieteam (MUG);
- g. De **verblijfskosten van een ouder** in de kamer van een minderjarige m.i.v. de verlengde minderjarigheid (rooming-in).

- h. De **mortuariumkosten** die op de ziekenhuisfactuur worden aangerekend.
- i. De kosten van **viscerosynthese- en endoprothesemateriaal**.
- j. De voorgeschreven medische behandelingen zoals massage, elektrotherapie, fysiotherapie,
- k. De verblijfskosten in een eenheid voor palliatieve zorgen.

Terugbetaling van medische kosten voor en na de ziekenhuisopname

Dit zijn de **medische kosten gedaan in de 60 dagen vóór en de 180 dagen na het einde van de opname**, rechtstreeks in verband met de reden van de ziekenhuisopname.

Worden gewaarborgd tijdens deze periode:

1. Voor zover deze aanleiding geven tot een wettelijke tussenkomst van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV:

- a. De kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een **bezoek of een raadpleging van een arts**.
- b. De kosten van de **paramedische prestaties** voorgeschreven door een arts.
- c. De kosten van de **medische prothesen** in rechtstreeks verband met de ziekenhuisopname.
- d. De kosten van de **kunstledematen**.
- e. De **geneesmiddelen** voorgeschreven door een arts.

2. Ongeacht of ze al dan niet aanleiding geven tot een wettelijke tussenkomst

- a. De **niet-vergoedbare** of onder categorie 'D' in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen **geneesmiddelen**.
- b. **Homeopathie, chiropraxie, acupunctuur en osteopathie** uitgevoerd door een in deze behandelingen erkend specialist.
- c. De kosten van **verbanden en van het medisch materiaal**, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is.

Terugbetaling van medische kosten bij een zware ziekte

Bij **volgende ziekten**: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difterie, kinderverlamming, cerebrale meningitis, pokken, brucellose, tyfus (buiktyfus, vlektyfus en paratyfus), encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen die dialyse vereisen, ziekte van Crohn, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, malaria, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, progressieve spierdystrofie, colitis ulcerosa, rodehond, lymfgranulomatose, pancreatitis en scrofulose is de verzekering eveneens van toepassing op de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten in rechtstreeks verband met de ziekte.

Worden gewaarborgd:

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tussenkomst:

- a. De kosten voor **medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen**.
- b. De kosten voor **paramedische prestaties**.

- c. De kosten met betrekking tot **speciale behandelingen, analyses en onderzoeken** noodzakelijk door de ziekte.
- d. De kosten voor het **huren van allerlei materiaal**.
- e. De **geneesmiddelen** voorgeschreven door een arts.

2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tussenkomst wordt verleend:

- a. De **niet-vergoedbare** en onder categorie 'D' in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen **geneesmiddelen**.
- b. **Homeopathie, chiropraxie, acupunctuur en osteopathie** uitgevoerd door een in deze behandelingen erkend specialist.
- c. De kosten van **farmaceutische producten, verbanden, enz.**, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is.
- d. De **vervoerskosten**.
- e. Alle andere kosten waarmee de verzekeraar vooraf heeft ingestemd.
- f. De kosten voor pruiken en uitwendige borstprothesen.



Terugbetaling van kosten in geval van een thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp

Deze verzekering voorziet ook een **tussenkost in de medische kosten voor thuisbevallingen**, onder begeleiding van een erkende arts of een door het RIZIV erkende verloskundige, en poliklinische bevallingen. Bijgevolg zijn bij thuisbevalling en poliklinische bevalling de waarborgen van het hoofdstuk 'voor en na de ziekenhuisopname' eveneens van toepassing, met inbegrip van de medische kosten voor de pasgeborene.

Kraamhulp zijn de kosten na een bevalling die in rekening gebracht worden door een erkende kraamzorginstelling. Het betreft de door de instelling gefactureerde kosten voor de zorg die thuis verstrekt wordt door een bevoegde kraamverzorgster aan de moeder, de pasgeborene en het gezin. De tussenkost voor kraamhulp is beperkt tot 12 dagen en tot maximaal 500 euro.

Omvang van de terugbetalingen door AG: basisformule

1. Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tussenkost voorzien is

Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tussenkost wordt verleend, is de waarborg geldig tot 2.500 euro per verzekerde en per kalenderjaar, ermee rekening houdend dat:

- de terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind, m.u.v. de verlengde minderjarigheid, beperkt is tot 25 euro per nacht;
- de tussenkost in de verblijfskosten van een donor beperkt is tot 1.500 euro;
- de vervoerskosten bij ernstige ziekten beperkt zijn tot een globaal plafond van 250 euro per persoon en per kalenderjaar.

2. Voor al dan niet opeenvolgende ziekenhuisopnames na een psychische, psychiatrische of mentale aandoening

Voor deze kosten is de tussenkost van AG gewaarborgd gedurende een al dan niet opeenvolgende periode van maximaal twee jaar, te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.

3. Voor kosten gelinkt aan in vitro fertilisatie

De tussenkost voor de kosten betreffende de behandelingen in het kader van in vitro fertilisatie wordt gewaarborgd tot 500 euro per behandeling, met een maximum van 6 behandelingen, voor zover de twee partners minstens 24 maanden aangesloten zijn bij het contract.

4. Voor kosten gelinkt aan extramurale heelkunde

De tussenkost in extramurale oogheelkunde is ongeacht het type lensimplantaat, de tegemoetkoming van het ziekenfonds en de omvang van het bedrag ten laste van de patiënt, gewaarborgd tot maximaal 600 euro per persoon en per ingreep.

Omvang van de terugbetalingen door AG: uitgebreide formule

Bij een verblijf in een eenpersoonskamer om persoonlijke redenen zijn in de uitgebreide formule alle supplementen, voor zowel de verblijfskosten als voor de erelonen of toeslagen op erelonen, gewaarborgd tot maximum driemaal het bedrag van de wettelijke tussenkost.

Vrijstelling

De vrijstelling bedraagt **130 euro per verzekerde en per kalenderjaar** als de verzekerde heeft gekozen voor een opname in een eenpersoonskamer. Er is nooit een vrijstelling in het geval van een zware ziekte.

Als de vrijstelling van toepassing is op een ononderbroken ziekenhuisopname gespreid over twee opeenvolgende kalenderjaren, wordt de vrijstelling slechts éénmaal toegepast. Wanneer bovendien meerdere leden van hetzelfde gezin – die bij de verzekering aangesloten zijn – gelijktijdig gehospitaliseerd worden ten gevolge van een ongeval, zal de vrijstelling slechts éénmaal toegepast worden voor alle gezinsleden samen en niet voor elk gezinslid afzonderlijk.

Wereldwijde dekking

De verzekering is **van toepassing over de hele wereld**. Er zijn echter landen waarmee de Belgische ziekenfondsen geen terugbetalingsovereenkomsten gesloten hebben. In dat geval zal AG, bij een gewaarborgde ziekte of ongeval van een verzekerde in één van deze landen, tussenkomen alsof de ziekte of het ongeval zich in België zou hebben voorgedaan. Er wordt bijgevolg rekening gehouden met een fictieve terugbetaling van het ziekenfonds.

Wat is uitgesloten?

Volgende prestaties zijn **uitgesloten van de verzekering**:

- a. Een ongeval of ziekte dat niet door een medisch onderzoek kan worden vastgesteld.
- b. **Esthetische behandelingen** of verjongingskuren.
De kosten van plastische herstelheekunde na een ziekte of een gewaarborgd ongeval worden wel ten laste genomen.
- c. Ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
 - in staat van **dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen** gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt of hiertoe door een derde werd gedwongen, of er geen bewezen causaal verband is tussen de ziekte of het ongeval en de omstandigheden ervan;
 - ten gevolge van **alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen**.
- d. **Sterilisatie en anti-conceptieve behandeling**.
- e. Thermale kuren.
- f. 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.
- g. De beoefening van vliegsporten of het gebruik van motorrijtuigen, net zoals het beroepshalve uitoefenen van om het even welke sport.
- h. 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 – of een door de verzekerde gepleegde **misdad of misdrijf**.
- i. Een **roekeloze daad** of weddenschap.
- j. De schade voortspruitend uit het gebruik van nucleaire energie welke onder toepassing van de Conventie van Parijs (wet van 22 juli 1985) of alle andere wettelijke bepalingen welke deze wetgeving zouden vervangen, wijzigen of aanvullen.
- k. Vrijwillige verminking of een **zelfmoordpoging**.
- l. 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.

2. Hoe kan u aansluiten bij deze collectieve ziekteverzekering?

2.1. Wie kan aansluiten?

Als hoofdverzekerde

Alle statutaire en contractuele personeelsleden van de toegetreden lokale besturen kunnen aansluiten voor de leeftijd van 65 jaar (tot het einde van het lopende kalenderjaar waarin de leeftijdslimiet wordt bereikt). Dit geldt eveneens voor de eventuele mandatarissen van deze besturen.

Als nevenverzekerde

- De hierboven vermelde personeelsleden/mandatarissen die op rust- of bruggpensioen worden gesteld vanaf 1 januari 2018, voor zover zij op het ogenblik van hun pensionering of bruggpensionering instemmen met de ononderbroken voortzetting van hun verzekering.
- De echtgeno(o)t(e) of levenspartner met hetzelfde domicilieadres als de hoofdverzekerde, voor zover de aansluiting op deze polis gebeurt vóór de leeftijd van 65 jaar.
- De kinderen van de hierboven vermelde personen waarop de wetgeving inzake kinderbijslag van toepassing is of die, indien zij geen kinderbijslag meer genieten, fiscaal ten laste blijven van deze personen of bij de hoofdverzekerde hun domicilie hebben; de kleinkinderen die ten laste zijn van de bovenvermelde personen of die, indien zij niet meer ten laste zijn, nog steeds bij de titularis (de persoon die recht geeft op hun aansluiting) hun domicilie hebben; de kinderen die onder de wettige voogdij van de bovenvermelde personen zijn geplaatst.
- De op 1 januari 2018 al gepensioneerde personeelsleden, gewezen mandatarissen en alle andere verzekerden die aangesloten zijn op de voormalige polis van de DIBISS, en ook hun echtgeno(o)t(e) of levenspartner en hun kinderen die ingeschreven zijn op het domicilieadres van de hoofdverzekerde.

Bij het overlijden van de verzekerde die recht geeft op de aansluiting, zullen de nevenverzekerden zoals de echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner en de kinderen en kleinkinderen ten laste, kunnen blijven genieten van de waarborgen in het contract zolang de langstlevende nevenverzekerde echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner niet hertrouwt of een daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.

De hoofdverzekerde heeft de keuze tussen de basisformule en de uitgebreide formule. Deze keuze dient zowel voor hem als voor alle leden die onder hetzelfde dak wonen dezelfde te zijn.

Overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde

De overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij pensionering gebeurt zonder onderbreking of enige formaliteit als de betrokkenen hun verzoek tot voortzetting aan AG overmaken binnen de drie maanden na de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag van deze verzekeringsovereenkomst.

Weduwen en weduwnaars

Bij het overlijden van de hoofdverzekerde of gepensioneerde nevenverzekerde kan de aansluiting op deze verzekering voortgezet worden door zijn/haar al aangesloten gezinsleden.

Deze overgang gebeurt zonder onderbreking of enige formaliteit als de betrokkenen hun verzoek tot voortzetting aan AG overmaken binnen de drie maanden na de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag van deze verzekeringsovereenkomst.

2.2. Aansluiting en wachttijd

Wachttijd en vroegere ziekten of aandoeningen

De wachttijd is de periode die ingaat op de dag van de aansluiting en waarin AG geen enkele uitkering verschuldigd is.

1. De verzekerden van wie de premie volledig ten laste is van het aangesloten bestuur

Er is **geen wachttijd, medische vragenlijst of medisch onderzoek**. De waarborgen gaan in op de datum van indiensttreding, voor zover de aansluiting binnen de drie maanden overgemaakt werd aan AG. Dit geldt ook voor de hoofdverzekerden in dienst op de aanvang van de verzekering als voor de later in dienst tredende hoofdverzekerden.

2. De verzekerden van wie de premie niet of slechts gedeeltelijk ten laste is van het aangesloten bestuur

De waarborgen gaan in op de eerste dag van de maand volgend op het overmaken van de aansluiting aan AG. Er is **geen medische vragenlijst of medisch onderzoek en de wachtttermijn is drie maanden**. Deze **wachtttermijn vervalt** evenwel:

- a. voor de verzekerden van nieuw toegetreden besturen, voor zover zij hun aansluiting bevestigen binnen de drie maanden na de toetreding van het nieuwe bestuur tot deze collectieve verzekering;
- b. voor nieuw in dienst tredende hoofdverzekerden en hun gezin, voor zover de aansluiting plaats vindt binnen de drie maanden na de gebeurtenis;
- c. bij een ongeval;
- d. 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;
- e. in geval van huwelijk – voor de echtgeno(o)t(e) – en bij geboorte – voor de pasgeborene van een persoon die reeds verzekerd was –, voor zover de aansluiting plaats heeft binnen de drie maanden volgend op de gebeurtenis.

Bij kosten in verband met een zwangerschap of een bevalling komt de verzekeraar, los van de voorziene wachttijd van drie maanden, enkel tussen als de zwangerschap begon na de aanvangsdatum van de waarborg.

Wat te doen als men al een dergelijke verzekering heeft?

Personen of gezinnen die al een verzekeringscontract hebben dat voorziet in dezelfde of analoge waarborgen, afgesloten bij AG of een andere verzekeraar, kunnen na afloop van de bestaande polis overschakelen naar deze verzekering zonder een wachttijd of medische formaliteiten te moeten doorlopen. Er mag echter geen onderbreking zijn in de verzekering.

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

Bestaande aandoeningen

- a. De tussenkomsten worden niet aan de verzekerden verleend als het bestaan van de aandoening, de ziekte, het ongeval, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd niet door de verzekerde of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger kon worden ontkend op de datum van aansluiting aan deze verzekering, zelfs wanneer de eerste symptomen niet toelieten om een duidelijke diagnose te stellen.
- b. De bestaande aandoening, de ziekte, het ongeval, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling, die zonder onderbreking al gedekt is door een verzekering met gelijke voordelen, is gewaarborgd voor de personen die vanaf de datum dat zij in aanmerking komen voor een facultatieve aansluiting aan deze verzekering, de overstap 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, dan zijn de bepalingen van punt a) van toepassing.

2.3. Hoe kan men bij deze verzekering aansluiten?

Lokale en provinciale besturen

De **Vlaamse lokale en provinciale besturen** kunnen toetreden via het formulier op de website van de Gemeenschappelijke Sociale Dienst Lokale Besturen in Vlaanderen (GSD-V): www.gsd-v.be.

De **Nederlandstalige lokale besturen in Brussel** vinden een gelijkaardig formulier op de website van de Gemeenschappelijke Sociale Dienst (GSD): www.sscgsd.fgov.be.

Beide formulieren mogen aan AG bezorgd worden. De toegetreden besturen bezorgen hen vervolgens ook volgende informatie (via public@aginsurance.be):

- Bij de **opstart** van het plan: een bestand met alle te verzekeren personen (naam, voornaam en geboortedatum), waarin per gezin duidelijk de keuze van de waarborg wordt vermeld (basisformule of uitgebreide formule).

- **Maandelijks:** eventuele wijzigingen [gewijzigde contactgegevens, wijziging gezinssamenstelling, keuze formule, ...] moeten maandelijks digitaal bezorgd worden.

Kandidaat-verzekerden

Kandidaat-verzekerden kunnen op deze verzekering inschrijven via de personeelsdienst van het toetreden bestuur. Deze maakt de nieuwe aansluiting over aan AG via public@aginsurance.be.

Bij het invullen van dit aansluitingsformulier moet de hoofdverzekerde ook een keuze maken tussen de **basisformule** en de **uitgebreide formule**. Deze keuze dient zowel voor hem, als voor alle leden die onder hetzelfde dak wonen, dezelfde te zijn.

- **Basisformule**

Deze formule dekt geen supplementen bij een opname in een eenpersoonskamer.

- **Uitgebreide formule**

Deze formule voorziet wel in een terugbetaling van de supplementen bij een opname in een eenpersoonskamer. Deze terugbetaling is gegarandeerd tot een maximum van driemaal het bedrag van de wettelijke tussenkomst. In deze formule geldt er een vrijstelling van 130 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

Deze keuze is definitief en kan enkel onder de volgende voorwaarden nog worden gewijzigd:

- De hoofdverzekerde die voor de uitgebreide formule heeft gekozen kan vanaf de volgende jaarlijkse vervalddag, op eenvoudig schriftelijk verzoek minstens drie maanden vóór de vervalddag, overstappen naar de basisformule. Deze verandering van waarborgformule geldt ook voor alle verzekerde gezinsleden die onder hetzelfde dak leven.
- De hoofdverzekerde die voor de basisformule heeft gekozen kan overstappen naar de uitgebreide formule, mits akkoord van AG. Bij aanvaarding gelden bovendien de volgende regels:
 - De bestaande aandoeningen worden uitgesloten.
 - De bepalingen betreffende de bestaande wachttijden worden toegepast.

2.4. Einde van de aansluiting

Als hoofdverzekerde

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

- het **vrijwillig beëindigen van de aansluiting** op schriftelijk verzoek van de hoofdverzekerde aan het toetreden lokaal bestuur of aan AG;
- het **beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst** tussen de hoofdverzekerde en het toetreden lokaal bestuur;
- het **overlijden van de hoofdverzekerde**;
- het bedrag of poging tot bedrag door de hoofdverzekerde.

Het toetreden lokaal bestuur verbindt zich ertoe deze wijzigingen over te maken aan AG.

Na het einde van de dekking via de collectieve hospitalisatieverzekering kan de verzekerde de waarborgen altijd in eigen naam voortzetten bij AG.

Als nevenverzekerde

Aan de individuele dekking van de nevenverzekerde wordt vanaf de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag een einde gesteld door:

- het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op schriftelijk verzoek van de nevenverzekerde aan het toetreden lokaal bestuur of aan AG;
- het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en het toetreden lokaal bestuur, behalve in geval van de overgang van de hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij pensionering;
- het overlijden van de nevenverzekerde;
- het bedrag of poging tot bedrag door de nevenverzekerde;
- de opzegging door AG na niet-betaling van de verzekeringspremie.

2.5. Recht op individuele voortzetting

Elke aangeslotene – zowel de hoofdverzekerde als de verzekerde gezinsleden – kan bij verlies van de beroepsgebonden dekking een **individuele ziekteverzekering afsluiten**, waarbij hij van volgende voordelen geniet:

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

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

Dit voordeel is niet van toepassing bij niet-betaling van de premie of in geval van bedrog of poging tot bedrog.

Informatie te verstrekken door de werkgever

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

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

Toekenningsvoorwaarden

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

- a. Het personeelslid moet gedurende de twee jaar die voorafgaan aan het verlies van de beroepsgebonden waarborg, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende overeenkomsten gezondheidszorgen, afgesloten bij een verzekeringsonderneming.
- b. De aanvraag tot individuele voortzetting moet schriftelijk of elektronisch ingediend worden binnen 30 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van de informatie vanwege de werkgever. Hiertoe worden door AG **specifieke documenten** ter beschikking gesteld.

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

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

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

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

3. Premies

Premie

De waarborgen van deze verzekering worden verleend tegen betaling van een jaarpremie per persoon.

De jaarpremies vanaf 01/01/2021 bedragen:

	Basisformule	Uitgebreide formule*
Per hoofdverzekerde		
0 tot 20 jaar	32,03 EUR	52,69 EUR
21 tot 49 jaar	74,76 EUR	162,15 EUR
50 tot 64 jaar	117,47 EUR	253,37 EUR
65 tot 69 jaar	363,10 EUR	506,75 EUR
70 jaar en ouder	416,49 EUR	668,91 EUR
Per nevenverzekerde		
0 tot 20 jaar	32,03 EUR	52,69 EUR
21 tot 49 jaar	74,76 EUR	162,15 EUR
50 tot 64 jaar	117,47 EUR	253,37 EUR
65 tot 69 jaar	363,10 EUR	506,75 EUR
70 jaar en ouder	416,49 EUR	668,91 EUR

De wettelijk voorziene taken en kosten zijn in deze bedragen inbegrepen.

* Dit is de totale premie voor de uitgebreide formule. Als het toetreden lokaal bestuur de premie voor de basisformule voor haar rekening neemt, betaalt de verzekerde enkel het verschil tussen de basis- en uitgebreide formule.



Premie-afrekening

De hoofdverzekerden

De volledige premie wordt aangerekend aan het toetreden lokaal bestuur als deze door haar ten laste wordt genomen. Neemt het bestuur de premie of een gedeelte van de premie niet ten laste, dan wordt de facturatie door AG geheel of gedeeltelijk individueel aangeboden aan de betrokken verzekerde.

De nevenverzekerden

AG int de premie rechtstreeks en individueel bij de nevenverzekerden, voor zover zij zelf voor de volledige premie dienen in te staan.

Het deel van de premie dat eventueel door het toetreden lokaal bestuur ten laste wordt genomen, wordt globaal aan dit bestuur aangerekend.

Op verzoek van een toetreden lokaal bestuur kan met AG worden overeengekomen dat de facturatie – ook voor de nevenverzekerden – door bemiddeling van dit bestuur zal worden voldaan.

4. Schade-aangifte

Algemeen

Bij het onderschrijven van deze verzekering **krijgt elke verzekerde een persoonlijk kaartje**. Deze kaart is meteen het tastbare bewijs van aansluiting tot de hospitalisatieverzekering.

Dankzij dit kaartje heeft elke verzekerde onmiddellijk alle informatie bij de hand: relevante websites en telefoonnummers om meer informatie te krijgen over de hospitalisatieverzekering of het indienen van medische kosten bij onvoorziene hospitalisaties in het buitenland.

Een ziekenhuisopname melden via de derdebetalersregeling Medi-Assistance

Als de verzekerde opgenomen wordt in het ziekenhuis, moet hij/zij deze opname zo snel mogelijk – indien mogelijk vooraf – melden aan AG.

Alle informatie over dergelijke aangifte staat op www.ag.be/hospi.

Via deze website kan de verzekerde heel eenvoudig **online aangifte** doen zodat de **derdebetalersregeling Medi-Assistance** geactiveerd kan worden. Indien nodig kan de aangifte ook telefonisch gebeuren via het telefoonnummer vermeld op het kaartje.

AG evalueert het dossier op basis van de door de verzekerde geleverde informatie (details van de opname zoals de reden, het ziekenhuis, het kamertype, ...). Mits aan de voorwaarden voldaan, zal AG de opname **aanvaarden 'met derdebetalers'**. De verzekerde en het ziekenhuis ontvangen meteen na de aanvaarding een bevestiging via e-mail of de post. De ziekenhuisfactuur zal vervolgens rechtstreeks door AG aan het hospitaal betaald worden. De verzekerde hoeft **geen voorschot** te betalen en is zo zeker dat de volledige factuur integraal aan het ziekenhuis betaald wordt.

Het kan dat bepaalde kosten door de verzekering niet gedekt zijn, zoals bijvoorbeeld telefoonkosten, de huur van een TV, de vrijstelling, ... In dat geval zal AG het bedrag van deze niet-gedekte kosten rechtstreeks bij de verzekerde verhalen.

In uitzonderlijke gevallen kan de derdebetalersregeling niet toegepast worden, bijv. als AG onvoldoende gegevens heeft over de aard van de opname of over de terugbetaling door de wettelijke ziekteverzekering. In dat geval wordt de verzekerde meteen schriftelijk op de hoogte gebracht van de aanvaarding van de ziekenhuisopname 'zonder derdebetalers'. De verzekerde zal de ziekenhuisfactuur zelf ter betaling ontvangen. Nadien kan hij/zij bij AG de terugbetaling van de kosten vragen. Dit is eveneens mogelijk via de website www.ag.be/hospi.

Indienen van medische kosten

Andere medische kosten, zoals kosten gemaakt voor en na de hospitalisatie of in het geval van een zware ziekte kunnen ook doorgestuurd worden via de website www.ag.be/hospi of via de post als een ingevuld schadedocument bijgevoegd wordt. Om een terugbetaling te krijgen, stuurt de verzekerde een **kopie van alle bewijsstukken** (ziekenhuisfactuur, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangsbewijzen van de apotheker) naar AG op. AG kan, als dat nodig is, de originele bewijsstukken opvragen.

AG zal vervolgens deze medische kosten terugbetalen na aftrek van:

- het bedrag van de wettelijke tussenkomst, of van een fictief gelijkwaardig bedrag als de verzekerde – om welke reden dan ook – geen aanspraak kan maken op een dergelijke tussenkomst;
- het bedrag van andere al 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.

Alle informatie over de schaderegeling is te vinden op www.ag.be/hospi.

5. Bijkomende inlichtingen

Hoe kunnen we u helpen met uw hospitalisatieverzekering?

- Een opname melden of medische kosten doorsturen?
www.ag.be/hospi
- Hebt u een vraag over de waarborgen of schadeafhandeling van de hospitalisatieverzekering?

Onze collega's staan klaar met een antwoord op vragen over:

- de tussenkomst bij een geplande opname;
- de terugbetaling van een schadedossier;
- meer informatie over de voorziene dekkingen.

Bel ons service center op 02 664 83 25.

- Hebt u een algemene vraag, of wil u een administratieve aanpassing doen?
 - Adreswijzigingen
 - Schrapping van een gezinslid
 - Overlijden van een gezinslid
 - Uw uitnodiging tot premiebetaling

E-mail: public@aginsurance.be

- Algemeen postadres:
AG
Emile Jacqmainlaan 53
1000 Brussel



6. Definities

- **'Verzekeraar'**: AG.
 - **'Ziekte'**: Een aantasting van de gezondheidstoestand die een andere oorzaak heeft dan een ongeval, en die erkend is door een arts die wettelijk gemachtigd is haar/zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.
 - **'Ongeval'**: Een plotse gebeurtenis die een 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 arts die wettelijk gemachtigd is haar/zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat het ongeval zich voordoet.
 - **'Vrijstelling'**: Deel van de kosten dat in elk geval ten laste blijft van de verzekerde (als de verzekerde kiest voor de uitgebreide formule (eenpersoonskamer).
 - **'Ziekenhuis'**: Een openbare of privé-instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis, met uitsluiting van gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische diensten of inrichtingen, rusthuizen, geriatrie instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van bejaarden; instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van herstellenden of kinderen, alsook deze die een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis gekregen hebben.
 - **'Ziekenhuisopname'**: Elk medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. Dit houdt zowel het verblijf in van minstens één nacht in een ziekenhuis, alsook het concept 'dagziekenhuis' (one-day-clinic), d.w.z. dat er wordt afgeweken van het criterium van hospitalisatie van minstens één nacht mits volgende voorwaarden vervuld zijn:
 - er wordt effectief gebruik gemaakt van de operatiezaal of van de gipskamer, of er wordt effectief een hospitaalbed gebruikt, met uitsluiting van een verblijf in de wachtkamers, de onderzoekkamers en de ruimten voor externe consultatiediensten van het ziekenhuis;
 - het betreft prestaties in het kader van maximum- en mini-forfaits, 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 een tussenkomst voorzien als de behandeling van curatieve aard is, verstrekt wordt in een instelling die beantwoordt aan de hiervoor bepaalde voorwaarden en als de verzekeraar er vóór het begin van de behandeling schriftelijk in toegestemd heeft. Voor tuberculose is de waarborg eveneens verworven voor behandeling in senatoria en verzorgingstehuizen voor tuberculosepatiënten.
- **'Palliatieve instelling'**: Elke erkende verblijfsinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, en een palliatieve behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging veronderstelt die enkel in deze instelling kan uitgevoerd worden.
 - **'Wettelijke tussenkomst'**:
 - Voor de in **België** gedane kosten:

Elke uitkering waarin voorzien is door de Belgische wetgevingen inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (stelsel van de loontrekkenden), arbeidsongevallen en beroepsziekten.
 - 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 gebrek hieraan, een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de loontrekkenden.

