



## Samenvatting verzekeringspolis



# Beroepsgebonden verzekering voor hospitalisatie en gezondheidszorgen – federale openbare diensten

[CMSFOR-AV-100]

# Inhoud

---

1. Wie is aanbestedende overheid en wanneer treedt het contract in voege?	3
2. In welke vorm wordt het plan hospitalisatie en gezondheidszorgen voor federale openbare diensten gesloten?	3
3. Wie beheert het plan hospitalisatie en gezondheidszorgen voor federale openbare diensten?	3
4. Wie kan aansluiten?	4
5. Toetreding tot het contract, aansluiting en bestaande aandoeningen	5
6. Wanneer wordt de aansluiting beëindigd?	7
6.1. Stopzetting (uitdiensttreding, overlijden,...)	7
6.2. Mobiliteit	7
6.3. Verandering van het statuut van het personeelslid	7
7. Definities	9
8. Welke waarborgen?	11
8.1. Basisformule	11
8.2. Uitgebreide formule	13
8.3. Kiezen van de formule	13
9. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance berekend?	14
10. Wat is uitgesloten?	15
11. Hoeveel bedragen de premies en wanneer en door wie dienen ze betaald te worden?	16
12. Territorialiteit & terrorisme	17
13. Schaderegeling	18
14. Administratieve ondersteuning	19
15. Wat te doen in geval van geschillen?	21
16. Wat gebeurt er indien de hoofdverzekerde en/of de nevenverzekerden het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen?	22

01/01/2018

Dit document vormt een samenvatting van het lastenboek met betrekking tot de beroepsgebonden verzekering hospitalisatie en gezondheidszorgen voor federale openbare diensten - FORCMS-AV-100. Enkel het bestek heeft een juridisch bindende waarde.

# 1. Wie is aanbestedende overheid en wanneer treedt het contract in voege?

Het plan gezondheidszorgen wordt gesloten door de “**aanbestedende overheid**”, zijnde de Federale Overheidsdienst BOSA-FOR, vertegenwoordigd door de Minister belast met ambtenarenzaken.

De uitvoering van het contract, met name de betalingen, zullen worden gedaan door de “**intekenaar**”, zijnde de Federale dienst die de beroepsgebonden verzekering afsluit voor rekening van zijn personeelsleden (en hun familieleden) en die gehouden is tot betaling van een deel van de premie.

Het voorafgaand beroepsgebonden contract (FORCMS-AV-046) voor de hospitalisatieverzekering tussen de Federale Overheid en AG Insurance eindigt op 31/12/2017. Het nieuwe contract, met dezelfde dienstverlener, treedt in voege op 01/01/2018 en wordt afgesloten voor een periode van zes jaar, en is jaarlijks opzegbaar per aangetekend schrijven mits de opzegtermijn van zes maanden vóór de vervaldatum van elk contractjaar gerespecteerd wordt. Enkel de aanbestedende overheid en AG Insurance kunnen het contract opzeggen.

# 2. In welke vorm wordt het plan hospitalisatie en gezondheidszorgen voor federale openbare diensten gesloten?

Het plan gezondheidszorgen wordt gesloten in de vorm van een beroepsgebonden verzekering.

# 3. Wie beheert het plan hospitalisatie en gezondheidszorgen voor federale openbare diensten?

Het plan gezondheidszorgen wordt beheerd door **AG Insurance** (onderneming toegelaten onder code nr. 0079), Emile Jacqmainlaan 53 - 1000 Brussel, R.P.R. 0404.494.894.

## 4. Wie kan aansluiten?

Onderstaande voorwaarden gelden enkel voor de personeelsleden van intekenaars die in het bestek vermeld staan onder punt 4.2. De intekenaars vermeld in tabel 3 van rubriek 4.2 van het bestek kunnen enkel van deze clausule genieten voor zover zij ten laatste aangesloten zijn op 31 december 2018.

### A. De hoofdverzekerden:

- de statutaire en contractuele personeelsleden (incl. stagiairs) die zich aansluiten op de verzekeringspolis vóór de leeftijd van 67 jaar (tot het einde van het lopende kalenderjaar waarin ze deze leeftijdsgrens bereiken);
- gedetacheerde personeelsleden naar één van de aangesloten intekenaars;
- de statutaire (incl. stagiairs), contractuele en gedetacheerde personeelsleden waarvan sprake hoger die in het buitenland werken en verblijven;
- alle gepensioneerde personeelsleden van de aangesloten intekenaars die van bij het begin tot het raamcontract toetreden, voor zover ze genieten van een beroepsgebonden hospitalisatieverzekering die werd afgesloten op initiatief van een aangesloten intekenaar.

Een arbeidsovereenkomst als jobstudent opent geen recht tot aansluiting op dit contract.

### B. De nevenverzekerden:

- de bij de hoofdverzekerde gedomicilieerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner van de hoofdverzekerden, die bij de verzekering aangesloten zijn vóór de leeftijd van 67 jaar (tot het einde van het kalenderjaar waarin zij die leeftijdsgrens bereiken);
- de bij de hoofdverzekerde gedomicilieerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner van gepensioneerde personeelsleden van de

aangesloten intekenaars, voor zover zij reeds vóór de leeftijd van 67 jaar (tot het einde van het kalenderjaar waarin zij die leeftijdsgrens bereiken) bij het contract waren aangesloten;

- de bij de hoofdverzekerde gedomicilieerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner van gepensioneerde personeelsleden van de aangesloten intekenaars, die van bij het begin tot het raamcontract toetreden, ongeacht hun leeftijd, voor zover ze genieten van een beroepsgebonden hospitalisatieverzekering die werd afgesloten op initiatief van een aangesloten intekenaar;
- de ongehuwde kinderen van bovenvermelde 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 titularis 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 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;
- in geval van overlijden van de verzekerde die recht geeft op de aansluiting, zullen de nevenverzekerden zoals echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner en de kinderen en kleinkinderen ten laste, kunnen blijven genieten van de garanties in het contract zolang de langstlevende nevenverzekerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner niet hertrouwt of een daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.

## 5. Toetreding tot het contract, aansluiting en bestaande aandoeningen

- a. AG Insurance verbindt er zich toe om onmiddellijk, zonder stage, medisch onderzoek of gezondheidsvragenlijst en zonder kennis van bestaande aandoeningen, alle actieve of gepensioneerde personeelsleden te verzekeren, alsook hun gezinsleden bedoeld in bovenstaand punt 4, die tot de dag die vooraf gaat aan de datum dat het contract in werking treedt, verzekerd zijn via het beroepsgebonden contract voor hospitalisatieverzekering voor de federale ambtenaren. AG Insurance verbindt zich tot hetzelfde voor de gezinsleden zoals bedoeld in bovenstaand punt 4, die tot de dag die vooraf gaat aan de datum dat het contract in werking treedt, verzekerd zijn via het beroepsgebonden contract voor hospitalisatieverzekering voor de federale ambtenaren maar waarvan de persoon die recht gaf op aansluiting overleden is voor de inwerkingtreding van deze opdracht.
- b. Naast het geval in punt A. hierboven, verbindt AG Insurance er zich toe om onmiddellijk, zonder stage, medisch onderzoek of gezondheidsvragenlijst en zonder kennis van bestaande aandoeningen, alle actieve en gepensioneerde personeelsleden te verzekeren, alsook hun gezinsleden zoals bedoeld in bovenstaand punt 4, die tot de dag die vooraf gaat aan de datum dat het contract in werking treedt, genieten van een hospitalisatieverzekering die werd afgesloten op initiatief van hun betrokken dienst en waarbij deze dienst zich voor het eerst engageert als intekenaar op het federaal beroepsgebonden contract en voor zover ze vanaf de dag dat het contract in werking treedt in de betrokken dienst, onmiddellijk toetreden tot het nieuw contract.
- AG Insurance verbindt zich tot hetzelfde voor de gezinsleden zoals bedoeld in bovenstaand punt 4, die tot de dag die vooraf gaat aan de datum dat het contract in werking treedt, genieten van een hospitalisatieverzekering die werd afgesloten op initiatief van hun betrokken dienst en waarbij deze dienst zich voor het eerst engageert als intekenaar op het federaal beroepsgebonden contract en voor zover ze vanaf de dag dat het contract in werking treedt in de betrokken dienst, onmiddellijk toetreden

tot het nieuw contract, maar waarvan de persoon die recht gaf op aansluiting overleden is voor de inwerkingtreding van deze opdracht. Voor de intekenaars vermeld in tabel 3 van rubriek 4.2 van dit bestek, moet deze verbintenis ontstaan zijn, ten laatste op 31 december 2018 en verbindt de inschrijver zich, mutatis mutandis, tot hetzelfde als vermeld onder a) en b).

- c. Naast de gevallen in punten a) en b) hierboven, zijn de personeelsleden van de aangesloten diensten die in dienstactiviteit zijn niet onderworpen aan een medisch onderzoek, noch aan een gezondheidsvragenlijst en er zal geen kennis van bestaande aandoeningen vereist zijn, indien zij beslissen om toe te treden **binnen de drie maanden** die volgen hetzij op de begindatum van het contract, hetzij op de datum van hun aanwerving als statutair of contractueel personeelslid bij een aangesloten dienst.
- d. Iedere hoofdverzekerde kan, op het moment dat hij zijn aansluiting aanvraagt, onder dezelfde voorwaarden als deze in punt c) hierboven, eveneens de aansluiting vragen van 1 of meerdere gezinsleden waarvan sprake in bovenstaand punt 4.
- e. In geval van wijziging van de samenstelling van het gezin (huwelijk, geboorte, levenspartner) kan de verzekerde binnen de drie maanden de aansluiting vragen van deze nieuwe gezinsleden, onder dezelfde toetredingsvoorwaarden als hierboven vermeld.

Een baby is verzekerd van bij de geboorte, op voorwaarde dat er een aansluitingsaanvraag gebeurt **binnen de drie maanden** na de geboorte.

De hoofdverzekerden evenals de nevenverzekerden waarvoor zij het recht openen, sluiten zich aan bij deze verzekeringspolis door middel van een aansluitingsformulier of een lijst die door de leidende dienst aan de dienstverlener wordt overgemaakt.

Voor de nieuwe aangeslotenen loopt de dekking vanaf de eerste dag van de maand volgend op de ontvangst van dit formulier door de dienstverlener. De verzendingsdatum vermeerderd met drie kalenderdagen wordt beschouwd als ontvangstdatum.

In geval van overlijden van de hoofdverzekerde, kan de dekking worden verder gezet voor zijn familieleden die reeds aangesloten waren. Hiertoe dient een schriftelijke aanvraag aan de dienstverlener te gebeuren binnen de drie maand na de jaarlijkse vervalddag van de polis. Indien deze aanvraag tot verder zetting gebeurt binnen de voorziene termijn, kan deze niet geweigerd worden.

Voor iedere aansluiting die niet aan de bovenstaande criteria a) t/m e) beantwoordt, zullen de hiernavolgende bepalingen van toepassing zijn:

- **Uitstel van aansluiting**

De aansluiting gaat pas in op de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met het verstrijken van een periode van 10 maand te rekenen vanaf de datum waarop de aanvraag werd ingediend en voor zover de persoon medisch aanvaard werd. In de periode tussen de aanvraag en de effectieve aansluiting is er geen premie verschuldigd.

- **Bestaande ziekten of aandoeningen**

De diensten van AG Insurance worden niet aan de verzekerden verleend indien de aandoening, ziekte of invaliditeit waarvoor de verzekering om tegemoetkoming wordt verzocht, niet over het

hoofd kon worden gezien door de verzekerde of zijn wettelijke vertegenwoordiger op de datum van de toetreding tot het contract, zelfs indien bij de eerste symptomen van de aandoening geen duidelijke diagnose kon worden gesteld.

Ongeacht het voorgaande, zijn de volgende gevallen wel verzekerd:

- a. de aandoening, ziekte of invaliditeit waarvoor het slachtoffer reeds gedekt was door een gelijkaardige waarborg en voor zover er geen onderbreking van de verzekering is geweest;
- b. de verergering van de aandoening, ziekte of invaliditeit, voor zover de verzekerde sedert meer dan één jaar bij de polis is aangesloten en indien hij gedurende die periode geen medische behandeling heeft ondergaan voortspuitend uit de reeds bestaande aandoening, ziekte of invaliditeit.

Behoudens de gevallen zoals hierboven aangegeven, waarbij de aansluiting niet is gebeurd op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan [laattijdige aansluiting], gelden er geen medische formaliteiten [gezondheidsvragenlijst of medisch onderzoek].



## 6. Wanneer wordt de aansluiting beëindigd?

### 6.1. Stopzetting (uitdiensttreding, overlijden,...)

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

#### Als hoofdverzekerde:

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

- het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op vraag van de hoofdverzekerde of de intekenaar aan de verzekeraar d.m.v. een aangetekend schrijven tenminste 3 maanden voor de jaarlijkse vervalddag van de polis ;
- het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de intekenaar;
- het overlijden van de hoofdverzekerde;
- het bedrog of poging tot bedrog door de hoofdverzekerde;
- het ontslag door de verzekeraar omwille van niet betaling van de premie.

#### Als nevenverzekerden:

- het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op vraag van de nevenverzekerde aan de verzekeraar d.m.v. een aangetekende brief tenminste 3 maanden voor de jaarlijkse vervalddag van de polis;
- overlijden van de nevenverzekerde;
- het bedrog of poging tot bedrog door de nevenverzekerde;
- opzegging door de verzekeraar omwille van niet betaling van de premie.

Daarenboven stopt de aansluiting van de gezinsleden zodra zij niet meer beantwoorden aan de criteria van nevenverzekerden, zoals bepaald onder bovenstaand punt 4.

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 hoofdverzekerde/nevenverzekerde zoals bepaald in bovenstaand punt 4 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 dienstverlener.

Een verzekeringsjaar loopt van 1 januari tot en met 31 december.

### 6.2. Mobiliteit

Indien een statutair personeelslid en tevens hoofdverzekerde, via interne mobiliteit van de ene intekenaar overgaat naar de andere, is het de regel dat het verzekeringscontract zonder onderbreking blijft doorlopen, op voorwaarde dat het personeelslid op het ogenblik van zijn interne mobiliteit geniet van de hospitalisatieverzekering bij de dienstverlener op basis van onderhavig bestek.

Indien een statutair personeelslid, via interne mobiliteit van de ene intekenaar overgaat naar de andere, maar op het ogenblik van zijn interne mobiliteit niet aangesloten is bij de hospitalisatieverzekering afgesloten op basis van dit plan, kan hij zich **binnen een periode van drie maanden** na zijn interne mobiliteit aansluiten bij de hospitalisatieverzekering afgesloten op basis van onderhavig plan, zonder medische vragenlijst en medisch onderzoek. Het betrokken personeelslid zal dus kunnen genieten van de modaliteiten beschreven in bovenstaand punt 5,c) van dit plan.

### 6.3. Verandering van het statuut van het personeelslid

Indien een personeelslid en tevens hoofdverzekerde, van intekenaar verandert en/of van statuut, is het de regel dat het verzekeringscontract zonder onderbreking blijft doorlopen, op voorwaarde dat het personeelslid op het ogenblik van deze wijziging geniet van de hospitalisatieverzekering bij de dienstverlener op basis van onderhavig bestek.

Indien het personeelslid, niet langer verzekerd was, kan hij zich binnen een periode van drie maanden na datum van

deze wijziging aansluiten bij de hospitalisatieverzekering afgesloten op basis van onderhavig bestek, zonder medische vragenlijst en medisch onderzoek. Het

betrokken personeelslid zal dus kunnen genieten van de modaliteiten beschreven in bovenstaand punt 5,c).





## 7. Definities

**“Verzekeraar”**: AG Insurance.

**“Intekenaar”**: de federale dienst die behoort tot de rechtspersoon “Belgische Staat”, die de beroepsgebonden verzekering afsluit voor rekening van zijn personeelsleden (en hun familieleden) en die gehouden is tot betaling van een deel van de premie. Voor de intekenaars die niet tot de rechtspersoon “Belgische Staat” behoren, hangt hun tussenkomst in de premie af van wat er binnen hun administratie werd overeengekomen. De intekenaar kan voor de praktische uitvoering en opvolging van het contract delegatie geven aan de sociale dienst van de betreffende dienst.

**“Hoofdverzekerden”**: Definitie zie bovenstaand punt 4, A;

**“Nevenverzekerden”**: Definitie zie bovenstaand punt 4, B;

**“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 het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld;

**“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 het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat het ongeval zich voordoet;

**“Franchise”** of **“Vrijstelling”**: deel van de kosten dat in elk geval ten laste blijft van de verzekerde (in geval de verzekerde kiest voor de uitgebreide formule – eenpersoonskamer);

**“Ziekenhuis”**: Een openbare of privé-instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis of als psychiatrische zorginstelling, met uitsluiting van 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 herstellers of kinderen, alsmede 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 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 ruimten voor externe consultatiediensten van het ziekenhuis;
- 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 waakinuus en het spoelen van een poortkatheter valt niet onder deze omschrijving.

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

Voor tuberculose is de waarborg eveneens verworven voor behandeling in sanatoria en verzorgingstehuizen voor tuberculosepatiënten.

**“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;

**“Wettelijke tegemoetkoming”:**

- **Voor de in België gedane kosten:**  
elke uitkering waarin voorzien is krachtens 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 gebreke hieraan, een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de loontrekkenden.

**“ambulante kosten”:** Medische zorgen los van een ziekenhuisopname waarbij de verzekerde zich verplaatst voor behandeling naar de zorgverstreker of de zorgverstreker zich begeeft naar de verzekerde. Een verzekering ambulante kosten komt tussen in medische kosten die niet door de mutualiteit gedekt worden.

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

# 8. Welke waarborgen?

## 8.1. Basisformule

Deze verzekering waarborgt de terugbetaling van de hierna vermelde kosten voor gezondheidszorg na eventuele aftrek van de wettelijke en extra- wettelijke tegemoetkomingen, maar zonder aanrekening van franchise ten laste van de verzekerde of intekenaar.

### 8.1.1. Ziekenhuisopname

Bij ziekenhuisopname wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt AG Insurance, binnen de grenzen bepaald in punt 9 van deze samenvatting "Hoe wordt de terugbetaling door AG Insurance berekend?", de verzorgingskosten terug, voorzover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling.

**Worden gewaarborgd:**

#### 1. Voorzover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming:

- a. de verblijfskosten, met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een tweepersoonskamer [er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de toeslagen voor een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen niet in aanmerking worden genomen in de basisformule];
- b. de kosten voor medische prestaties, de erelonen en ereloon-supplementen voor een tweepersoonskamer en gemeenschappelijke kamers [er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de erelonen en ereloon-supplementen bij een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen niet in aanmerking worden genomen in de basisformule];
- c. de kosten voor paramedische prestaties;
- d. de kosten voor farmaceutische producten, verbanden en medisch materiaal;
- e. de chirurgie- en verdovingskosten;
- f. de kosten voor het gebruik van de operatie- en de bevallingskamer;
- g. de kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen alsmede orthopedische apparaten, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname van de verzekerde en in rechtstreeks verband staan met de opname [Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat zo de prothesen een zuiver esthetisch karakter hebben er geen terugbetaling zal gebeuren];

- h. de kosten voor palliatieve zorgen, met inbegrip van de geneesmiddelen;
- i. de medische kosten van de pasgeborene tijdens de ziekenhuisopname van de moeder ingevolge een gewaarborgde bevalling, met inbegrip van de medische kosten voor de afname van stamcellen;
- j. de wiegendoodtest;
- k. plastische herstelheilkunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval.

#### 2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming 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. de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- d. de kosten voor verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, met uitsluiting van elk type product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is;
- e. de kosten van hospitalisatie van de donor in geval van transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde 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. mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur worden aangerekend;
- i. de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal.

### 8.1.2. Pre- en post- hospitalisatie

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

**Worden gewaarborgd tijdens deze periode:**

#### 1. Voor zover deze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming:

- a. de kosten van de medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;
- b. de kosten van de paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- c. de kosten van medische verzorging van de donor die rechtstreeks verband houden met de transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde verzekerde;
- d. de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer;
- e. de kosten van de medische protheses die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
- f. de kosten van de kunstledematen;
- g. de medische kosten en verzorgingskosten in een revalidatiecentrum;
- h. geneesmiddelen.

#### 2. Ongeacht of ze al dan niet aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming:

- a. de niet-vergoedbare of onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- b. de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- 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.

### 8.1.3. Ernstige ziekten

Bij volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difterie, kinderverlamming, cerebrospinale meningitis, pokken, brucellose, vlektyfus, paratyfus,

tyfus, 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 en ziekte van Hachimoto dient de verzekering eveneens van toepassing te zijn op de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

**Dienen gewaarborgd te zijn:**

#### 1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming:

- 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 genoodzaakt door de ziekte;
- d. de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
- e. de geneesmiddelen.

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

- a. de niet-vergoedbare en onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- b. de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- c. de kosten van verbanden en medisch materiaal, 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 dienstverlener vooraf heeft ingestemd.

### 8.1.4. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp

Deze verzekering dient van toepassing te zijn op 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 "pre- en posthospitalisatie" eveneens van toepassing, 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 de instelling gefactureerde kosten voor de zorg die thuis verstrekt wordt door een bevoegde kraamverzorgster aan de moeder, de pasgeborene en het gezin. De tussenkomst voor kraamhulp is beperkt tot **twalf kalenderdagen**.

## 8.2. Uitgebreide formule

De garanties zijn dezelfde als deze van de basisformule (twee- of meerpersoonskamer), onder voorbehoud van het volgende:

- de toeslagen voor zowel de verblijfskosten als de erelonen bij een verblijf in een eenpersoonskamer om persoonlijke redenen zijn **gewaarborgd tot het drievoud van het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming**;
- de vrijstelling per verzekerde en per kalenderjaar bedraagt **€ 250** indien de verzekerde om persoonlijke redenen **een eenpersoonskamer verkiest**. Als een ziekenhuisopname over twee kalenderjaren verloopt, wordt de vrijstelling slechts één keer aangerekend. Deze vrijstelling is enkel van toepassing op de waarborg "Ziekenhuisopname en ambulante geneeskundige zorgen Pré- en posthospitalisatie".

## 8.3. Kiezen van de formule

De hoofdverzekerde (die het recht op deze verzekering opent), heeft de keuze tussen de basisformule en de uitgebreide formule. Deze keuze moet dezelfde zijn voor hem/haarzelf en zijn/haar gezinsleden.

**Deze keuze is definitief, niettemin:**

- kan de verzekerde die voor de formule eenpersoonskamer (uitgebreide formule) had gekozen, overstappen naar de formule twee- of meerpersoonskamer (basisformule) op de jaarlijkse vervalddag, mits het indienen van een expliciete aanvraag tenminste drie maanden voor de jaarlijkse vervalddag. Deze wijziging van formule geldt dan ook zonder uitzondering voor alle verzekerde gezinsleden;

- kan de verzekerde die voor de formule twee- of meerpersoonskamer (basisformule) had gekozen en wil overstappen naar de formule eenpersoonskamer (uitgebreide formule), dit alleen doen mits akkoord van AG Insurance. Indien AG Insurance deze verandering van formule (die dan voor alle verzekerde gezinsleden geldt) aanvaardt, gelden de volgende regels :

- **Ingangsdatum van de aansluiting**

De aansluiting gaat pas in op de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met het verstrijken van een periode van 10 maand te rekenen vanaf de datum waarop de aanvraag werd ingediend en voor zover de persoon medisch aanvaard werd. In de periode tussen de aanvraag en de effectieve aansluiting is er geen premie verschuldigd.

- **Bestaande ziekten of aandoeningen**

De diensten van AG Insurance worden niet aan de verzekerden verleend indien de aandoening, ziekte of invaliditeit waarvoor de verzekering om tegemoetkoming wordt verzocht, niet over het hoofd kon worden gezien door de verzekerde of zijn wettelijke vertegenwoordiger op de datum van de toetreding tot het contract, zelfs indien bij de eerste symptomen van de aandoening geen duidelijke diagnose kon worden gesteld.

Ongeacht het voorgaande, zijn de volgende gevallen wel verzekerd:

- a. de aandoening, ziekte of invaliditeit waarvoor het slachtoffer reeds gedekt was door een gelijkaardige waarborg en voor zover er geen onderbreking van de verzekering is geweest;
- b. de verergering van de aandoening, ziekte of invaliditeit, voor zover de verzekerde sedert meer dan één jaar bij de polis is aangesloten en indien hij gedurende die periode geen medische behandeling heeft ondergaan voortspuitend uit de reeds bestaande aandoening, ziekte of invaliditeit.

Behoudens de gevallen zoals hierboven aangegeven, waarbij de aansluiting niet is gebeurd op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan (laattijdige aansluiting), gelden er geen medische formaliteiten (gezondheidsvragenlijst of medisch onderzoek).

## 9. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance berekend?

Per bovenvermelde prestatie opgenomen in bovenstaand punt 8 die aanleiding geeft tot een wettelijke tegemoetkoming, worden de kosten van AG Insurance gewaarborgd tot het drievoud van het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming.

Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend (zie bovenstaand punt 8, punt 8.1.1/2; 8.1.2/2 en 8.1.3/2, , is de waarborg geldig 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, m.i.v. de verlengde minderjarigheid, beperkt is tot € 50 per nacht;
- de vervoerskosten bij ernstige ziekten (zie bovenstaand punt 8 punt 8.1.3) beperkt zijn tot een globaal plafond van € 125 per persoon en per kalenderjaar;

- een tussenkomst van 50 % van de kosten tot € 1.250 per persoon en per kalenderjaar voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien (enkel van toepassing bij punt 8.1.3);
- de tussenkomst voor kraamhulp wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf dagen aansluitend op het ontslag uit het ziekenhuis of de thuisbevalling en tot maximum € 820;
- de terugbetaling van kosten voor thuisbevalling forfaitair € 620,00 bedraagt.

Voor opeenvolgende hospitalisaties ingevolge een psychische, psychiatrische of mentale aandoening, is de tussenkomst van AG Insurance slechts gewaarborgd gedurende een al dan niet opeenvolgende periode van maximaal twee jaar, te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.



# 10. Wat is uitgesloten?

Zijn van de verzekering uitgesloten, de prestaties voortkomend uit:

- a. een ongeval of ziekte die niet door een medisch onderzoek kan worden vastgesteld;
- b. esthetische behandelingen of verjongingskuren; de kosten van plastische herstelheeskunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval worden wel ten laste genomen;
- c. ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen:
  - 1. in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van doping, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij bewezen wordt dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen de ziekte of het ongeval en deze omstandigheden of 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;
  - 2. ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- d. sterilisatie en anti-conceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen;
- e. kunstmatige inseminatie, in-vitrofertilisatie en thermale kuren;
- f. oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- g. de beroepshalve uitoefening 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; een door de verzekerde gepleegde misdaad of misdrijf; een roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- i. de rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik van radioactieve stoffen om medische redenen;
- j. vrijwillige verminking of zelfmoordpoging;
- k. 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.

# 11. Hoeveel bedragen de premies en wanneer en door wie dienen ze betaald te worden?

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

De jaarpremies geldend vanaf 1/01/2018 vind je in onderstaande tabel:

Verzekerden	Formule twee- of meerpersoonskamer [Basisformule]	Formule éénpersoonskamer [Uitgebreide formule]
Actieve hoofdverzekerde, zonder onderscheid in leeftijd	48,19 €	178,27 €
Kinderen met kinderbijslag	16,86 €	62,39 €
Kinderen zonder kinderbijslag tot en met 24 jaar gedomicilieerd bij de hoofdverzekerde	16,86€	62,39 €
Niet- actieve hoofdverzekerden en nevenverzekerden tot en met 66 jaar	48,19 €	178,27 €
Niet- actieve hoofdverzekerden en nevenverzekerden van 67 tot en met 71 jaar	192,75 €	623,94 €
Niet- actieve hoofdverzekerden en nevenverzekerden vanaf 72 jaar	289,12 €	846,77 €

De wettelijk voorziene taksen en kosten zijn in voormelde premiebedragen inbegrepen.

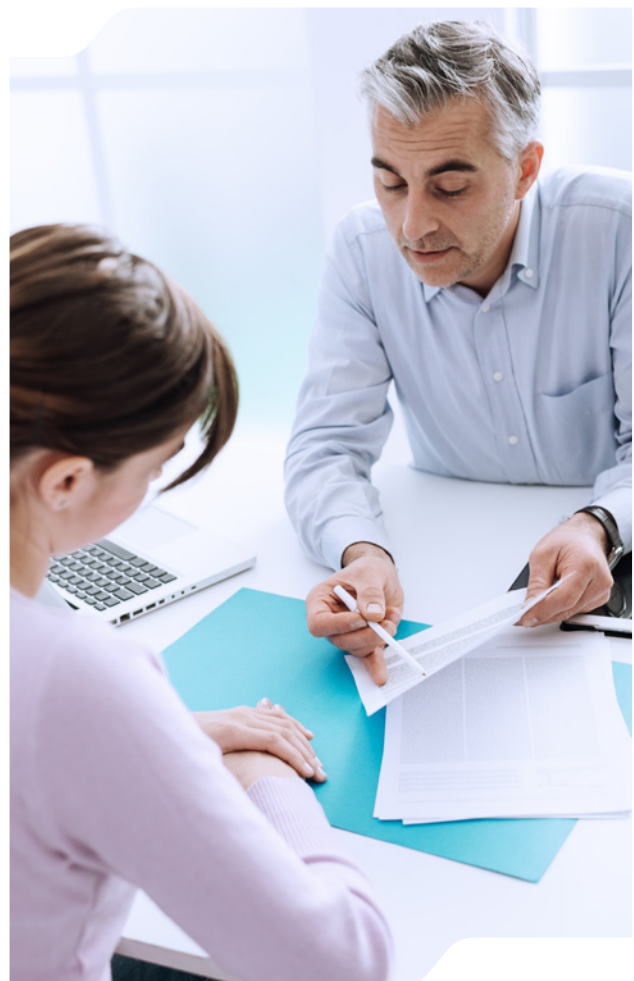
De jaarlijkse premie-aanpassing zal gebeuren volgens de bepalingen van Art. 18 "Prijsherziening", zoals opgenomen in het Bestek nr. FORCMS/AV/100, uitgebracht door de "aanbestedende overheid", openbare aanbesteding, collectieve verzekering voor hospitalisatie- en gezondheidszorgen voor de personeelsleden van de Federale Openbare Diensten en hun gezinsleden.

Wat de bedragen betreft die door de hoofdverzekerden en nevenverzekerden zelf verschuldigd zijn, worden de facturen gericht naar de betrokken gezinnen of individuen.

De mogelijkheid om de premie per trimester te betalen is voorzien indien de verzekerde dit vraagt.

Aan elke betrokken intekenaar wordt jaarlijks een globale factuur gericht in functie van de tussenkomst die werd meegedeeld aan de verzekeraar. Tussentijdse facturen mogen ingediend worden wat betreft de nieuwe inschrijvingen, proportioneel met de nog te verzekeren periode van het jaar.

In geval van niet betaling van de individuele premie door de verzekerde, kan deze niet verhaald worden bij de



betrokken federale openbare dienst (intekenaar) of bij zijn sociale dienst of bij de leidende dienst.

De intekenaars zijn rechtstreeks en exclusief verantwoordelijk voor de betaling van wat aan hen gefactureerd wordt. De aanbestedende overheid is bijgevolg niet aansprakelijk noch voor het hoofdbedrag, noch voor eventuele intresten.

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 foutieve 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 (AUO). 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 een einde wanneer de verschuldigde premie werd betaald.

## 12. Territorialiteit & terrorisme

---

Territorialiteit: Deze verzekering is geldig in de hele wereld (zie punt 7 van deze samenvatting).

Terrorisme: deze polis dekt 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).

## 13. Schaderegeling

De verzekerde moet alle nodige maatregelen nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken.

De verzekeraar van zijn kant, stelt de nodige middelen ter beschikking om de situatie te regulariseren, indien nodig.

Indien de verzekerde één van de verplichtingen hem opgelegd in dit artikel niet nakomt, en er daardoor nadeel ontstaat voor de verzekeraar, kan deze laatstgenoemde aanspraak maken op een vermindering van zijn prestatie tot beloop van het door haar geleden nadeel.

De verzekeraar heeft niet het recht om verzekerden uit te sluiten tenzij deze zijn verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen zoals vermeld in dit artikel.

Naast de klassieke werkwijze, zoals hieronder omschreven, biedt de verzekeraar een systeem van derde betaler met elektronische kaart aan. Een duidelijke en volledige handleiding over de werking van dit systeem, evenals een lijst van de ziekenhuizen waar dit systeem toepasbaar is, wordt verspreid aan alle intekenaars en verzekerden.

Wanneer het derdebetalerssysteem niet toepasbaar is, wordt de schaderegeling volgens het klassieke

systeem van toepassing. Hierbij dient de verzekerde de maatschappij zo spoedig mogelijk te verwittigen met 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.

De verzekerde stuurt de maatschappij alle originele bewijsstukken [ziekenhuisfacturen, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangstbewijzen van de apotheker, enz.]

Op voorlegging van deze documenten, betaalt de verzekeraar het bedrag van de kosten na aftrek van:

- het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming of van een fictief gelijkwaardig bedrag wanneer de verzekerde, om welke reden dan ook, geen aanspraak kan maken op een dergelijke tegemoetkoming;
- het bedrag van andere reeds ontvangen terugbetalingen;
- het bedrag van de contractuele vrijstelling.

De terugbetaling gebeurt binnen de 15 werkdagen na ontvangst van het volledige dossier.

# 14. Administratieve ondersteuning

## In de opstartfase:

De dienstverlener:

- ondertekent samen met de intekenaar een "uitvoeringsplan", waarin de concrete samenwerking en de bijhorende processen worden beschreven (taakverdeling personeelsdienst, sociale dienst, dienstverlener);
- 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 dienstverlener;
- 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.nrs., 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.

## Tijdens de contractperiode:

De dienstverlener:

- 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;
- alle dienstverlening (mondeling en schriftelijk) moet zowel in het Nederlands, Frans als Duits kunnen aangeboden worden;
- signaleert onmiddellijk alle eventuele problemen van inschrijving of uitvoering aan de betrokkenen en aan de intekenaar;
- factureert jaarlijks 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 15 werkdagen terug aan de ziekenhuizen of de individuele verzekerden;
- maakt per trimester aan de intekenaars een rapport met statistieken over, met daarin een overzicht van de verzekerden per categorie, een overzicht van de uitbetaalde schade evenals een overzicht van de facturatie m.b.t. het personeel van de desbetreffende intekenaar. Deze informatie moet op elektronische informatiedrager (rekenblad compatibel met Windows of andere besturingssystemen volgens de behoefte) worden overgemaakt;
- vraagt tijdig de jaarlijkse prijsherziening aan bij de leidende dienst;
- maakt 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 oa. het aantal verzekerden per categorie, een overzicht van de ontvangen premies en een gedetailleerd overzicht van de uitbetaalde schade;

- maakt jaarlijks voor 15 februari van elk jaar een globale statistiek van het schade en premiecijfer van het afgelopen jaar (eerste maal in 2019);
- maakt maandelijks een overzicht van de betalingen van de intekenaars;
- voorziet op afroep een gedetailleerd overzicht met de vermelding van het aantal verzekerden per categorie per intekenaar naar voorbeeld in artikel 12.1.4.3 van het bestek;
- legt belangrijke problemen aangaande interpretatie of conflict voor aan de leidende dienst.

### Aan het einde van de opdracht:

De dienstverlener:

- verbindt zich om op het einde van de opdracht alle informatie m.b.t. het beroepsgebonden verzekeringscontract die nodig zijn om de overdracht van de verzekering van de ene dienstverlener naar de andere vlot te laten verlopen, over te maken aan de aanbestedende overheid en aan de nieuwe dienstverlener 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;
- verbindt zich om aan het einde van de opdracht een evaluatierapport over te maken aan de aanbestedende overheid 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.





## 15. Wat te doen in geval van geschillen?

Onverminderd het verhaal in rechte kan elke klacht met betrekking tot het plan schriftelijk gericht worden aan :

AG Insurance nv  
Dienst klachtenbeheer  
Emile Jacqmainlaan 53  
1000 Brussel  
E-mail: [customercomplaints@aginsurance.be](mailto:customercomplaints@aginsurance.be)

Indien de oplossing die de verzekeringsmaatschappij voorstelt geen voldoening schenkt, kan het geschil voorgelegd worden aan :

Ombudsman van de Verzekeringen  
De Meeûsplantsoen 35  
1000 Brussel  
E-mail: [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)

Alle betwistingen met betrekking tot de uitvoering van deze opdracht worden uitsluitend beslecht voor de bevoegde rechtbanken van het gerechtelijk arrondissement Brussel.

De voertaal is het Nederlands of het Frans.

De aanbestedende overheid, de intekenaars en de individuele klanten zijn in geen geval aansprakelijk voor de schade aan personen of goederen die rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg is van de activiteiten die nodig zijn voor de uitvoering van deze opdracht. AG Insurance vrijwaart de aanbestedende overheid, de intekenaars en de klanten tegen elke vordering van schadevergoeding door derden in dit verband.

# 16. Wat gebeurt er indien de hoofdverzekerde en/of de nevenverzekerden het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen?

Elke verzekerde kan, ingeval van verlies van de **beroepsgebonden dekking**, een individuele verzekering gezondheidszorgen afsluiten, waarbij hij van volgende voordelen geniet:

- er gelden geen medische formaliteiten voor het individuele contract;
- er zijn geen bijkomende uitsluitingen van bestaande 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 zijn leeftijd bij aansluiting bij de individuele verzekering.

De algemene voorwaarden die van kracht zijn bij de voortzetting, zijn deze die van kracht zijn bij individuele contracten, doch aangepast rekening houdend met bovengenoemde voordelen.

## Informatie te verstrekken door de intekenaar

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

- het **preciese tijdstip** van het verlies van de collectieve verzekering;
- de **mogelijkheid** om de verzekering **individueel verder te zetten**;
- de **contactgegevens** van AG Insurance;
- de **termijn van 30 dagen** waarbinnen de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de nevenverzekerden, het recht op individuele verderzetting kunnen uitoefenen: deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van huidig schrijven vanwege de intekenaar.

## Toekenningsvoorwaarden

Deze voordelen worden verleend, zowel aan de hoofdverzekerde als aan de eventuele nevenverzekerden indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a. De hoofdverzekerde moet gedurende de 2 jaren die voorafgaan aan het verlies van de collectieve waarborg, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende overeenkomsten gezondheidszorgen, afgesloten bij een verzekeringsonderneming.
- b. Voor de hoofdverzekerde en de eventuele nevenverzekerden is deze voorwaarde niet van toepassing ingeval van pensionering, conventioneel brugpensioen, overlijden, voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan.

Voor de eventuele nevenverzekerden geldt deze voorwaarde evenmin ingeval van echtscheiding of voor het kind dat niet langer aan de aansluitingsvoorwaarden voldoet, en voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan.

Voor de in dit punt b. vermelde gevallen dient de aanvraag betrekking te hebben op alle verzekerden van eenzelfde gezin die op hetzelfde tijdstip het voordeel van de collectieve verzekering verliezen.

- c. De aanvraag tot individuele verzekering moet hetzij schriftelijk, hetzij elektronisch ingediend worden binnen 30 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van de informatie uitgaande van de intekenaar, of, in geval van faillissement of vereffening, van de curator respectievelijk de vereffenaar met betrekking tot de mogelijkheid tot individuele verderzetting. Hiertoe worden door AG Insurance 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 nevenverzekerde die 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 verderzetting 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 verderzetting vervalt hoe dan ook, zowel voor de hoofdverzekerde als voor de nevenverzekerde, indien de verderzetting niet is aangevraagd bij AG Insurance binnen een termijn van 105 dagen te rekenen vanaf de dag waarop de hoofdverzekerde of de nevenverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden dekking heeft verloren.

AG Insurance beschikt over een termijn van 15 dagen om de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval de nevenverzekerde schriftelijk of elektronisch een

verzekeringsaanbod te doen. Hierbij kan niet ingeroepen worden dat het risico reeds verwezenlijkt is.

Tegelijk met het bezorgen van het aanbod stelt AG Insurance de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de nevenverzekerde in kennis van de dekkingsvoorwaarden, in het bijzonder de gedekte prestaties, de uitsluitingen en de aangiftetermijn. Voorts herinnert AG Insurance de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de nevenverzekerde aan de termijn van 30 dagen waarover hij beschikt om het aanbod schriftelijk dan wel elektronisch te aanvaarden.

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de nevenverzekerde beschikken over een termijn van 30 dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het aanbod van de AG Insurance. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

De verzekerde waarborg van de individuele verzekering is gelijksoortig met die van de beroepsgebonden overeenkomst gezondheidszorgen.

