

Verzekeringnemer: VLAAMSE BALIE LEUVEN

Polisnummer: CVR14304

Toelichting bij de hospitalisatieverzekering

Deze versie is geldig vanaf 1/1/2022.

WAT ZIJN DE VOORDELEN VAN DEZE VERZEKERING?

In geval van hospitalisatie of ernstige ziekte biedt deze verzekering u een tussenkomst in de medische kosten die u nog moet betalen na tussenkomst van het ziekenfonds. De kosten in verband met uw hospitalisatie gemaakt in de periode van 1 maand vóór en 3 maanden na de hospitalisatie komen ook in aanmerking voor tussenkomst.

U kiest zelf in welke verpleeginrichting en door welke erkende arts u wordt verzorgd.

WIE KAN GENIETEN VAN DEZE VERZEKERING?

U kunt genieten als **hoofdverzekerde** van deze verzekering als:

- u bent ingeschreven bij de deelnemende balie;
- als medewerker in dienst van de orde bij de deelnemende balie.

Bovendien kunnen ook uw gezinsleden aansluiten. De aansluiting van de gezinsleden is facultatief. Zij worden bijverzekerden genoemd.

Onder **gezinsleden (bijverzekerden)** verstaan we:

- de echtgeno(o)t(e);
- de officieel samenwonende partner van de hoofdverzekerde zonder familiale banden;
- de ongehuwde kinderen, jonger dan 25 jaar en kinderbijslaggerechtigd zijn.

Als u beslist om uw gezinsleden aan te sluiten, dient u alle gezinsleden aan te sluiten. Deze regel geldt niet voor gezinsleden die al een soortgelijke verzekering hebben. Zij dienen hiervan wel een attest voor te leggen.

Alle wijzigingen in de samenstelling van uw gezin geeft u door aan de beheerder. U bent verantwoordelijk voor de opgave van de juiste gegevens.

Ook als u met **pensioen of in SWT** (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage) gaat, kunt u aangesloten blijven bij deze verzekering. Dit geldt zowel voor uzelf als hoofdverzekerde als voor uw gezinsleden (bijverzekerden) die op het moment van uw pensioen of op het moment dat u in SWT gaat, aangesloten waren bij deze verzekering. U vraagt de verderzetting van uw aansluiting schriftelijk aan bij de beheerder.

Bij het **overlijden** van de hoofdverzekerde kunnen de gezinsleden die al aangesloten waren bij deze verzekering verder aangesloten blijven. De weduwe, weduwnaar of wees kunnen deze verderzetting schriftelijk aanvragen bij de beheerder.

De aansluiting wordt beëindigd wanneer:

- de overlevende echtgeno(o)t(e) of officieel samenwonende partner zonder familiale banden, hertrouwt;
- een wees niet meer voldoet aan de definitie van een kind.

HOE EN WANNEER KUNNEN U EN UW GEZINSLEDEN AANSLUITEN?

Hoofdverzekerden

U kunt aansluiten als hoofdverzekerde op de dag dat u aansluit bij de balie of in dienst treedt als medewerker in dienst van de orde.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Uw gezinsleden kunnen aansluiten bij deze verzekering vanaf de eerste dag van de maand die volgt op of samenvalt met de dag van het recht op aansluiting en ten vroegste op de dag dat u als hoofdverzekerde aansluit.

De dag van het recht op aansluiting is:

- voor de echtgeno(o)t(e): de dag van het huwelijk;
- voor de samenwonende partner: de dag van de officiële aanvang van het samenwonen. Het begin van het officieel samenwonen dient te worden aangetoond met een attest van samenwonen afgeleverd door het gemeentebestuur;
- voor een kind: de geboortedag.

Als de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 2 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting, dan is het gezinslid tijdig aangesloten en spreken we over een **tijdige aansluiting**. Als de aanvraag later gebeurt, dan is het gezinslid laattijdig aangesloten en gaat het over een **laattijdige aansluiting**.

ZIJN ER MEDISCHE FORMALITEITEN? WACHTTIJDEN? ZIJN DE VOORAFBESTAANDE AANDOENINGEN VERZEKERD?

Hoofdverzekerden & bijverzekerden (gezinsleden) - Tijdige aansluiting

Als u en uw gezinsleden tijdig aansluiten, zijn er geen medische formaliteiten en geen wachttijden.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen verzekerd.

Hoofdverzekerden & bijverzekerden (gezinsleden) - Laattijdige aansluiting

Als u of uw gezinsleden laattijdig aansluiten, zijn er wel medische formaliteiten. Dat betekent dat er een medische vragenlijst moet ingevuld worden. De kandidaat-verzekerden staan in dit geval ook in voor de kosten voor eventuele bijkomende onderzoeken. De verzekeraar kan de aansluiting aanvaarden, bepaalde aandoeningen uitsluiten, de aansluiting weigeren of een bijpremie vragen.

Als er uitsluitingen van medische aard zijn, krijgt de kandidaat-verzekerde hierover een brief. De aansluiting is definitief als u deze brief ondertekend terug stuurt naar de verzekeraar.

Als de verzekeraar de aansluiting weigert, ontvangt de kandidaat-verzekerde hierover ook een schriftelijke melding.

Bij een laattijdige aansluiting is er een algemene wachttijd van 10 maanden. Een wachttijd is een periode die begint te lopen vanaf de datum van aansluiting van de verzekerde. De verzekeraar betaalt de kosten die gemaakt zijn tijdens deze periode niet terug.

Bij een laattijdige aansluiting, betaalt de verzekeraar de kosten voor eventuele voorafbestaande aandoening(en) nooit terug.

WANNEER EINDIGT DE VERZEKERING?

Hoofdverzekerde

Voor de hoofdverzekerde stopt de aansluiting:

- wanneer u de deelnemende balie verlaat of wanneer de arbeidsovereenkomst met de balie eindigt of verbroken wordt (na een aansluiting van 6 jaar bij deze verzekering, bij pensionering of SWT kan de aansluiting verdergezet worden bij dit contract);
- bij wanbetaling van de premie;
- bij het overlijden;
- bij een verblijf in het buitenland van langer dan 3 maanden onder het statuut van gedetacheerde, tewerkgestelde in het buitenland of ieder gelijkaardig statuut waaraan een verblijf in het buitenland verbonden kan zijn;
- bij het einde van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst;
- bij het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op de jaarlijkse vervalddag. Behalve wanneer de beëindiging van de aansluiting het gevolg is van een soortgelijke verzekering. De vrijwillige beëindiging van de aansluiting moet ten minste 1 maand vóór de vervalddag schriftelijk meegedeeld worden. Later heraansluiten is niet mogelijk tenzij de stopzetting het gevolg was van de aansluiting bij een soortgelijke verzekering.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Voor de gezinsleden stopt de aansluiting:

- als zij de aansluiting vrijwillig beëindigen op de jaarlijkse vervalddag, tenzij de beëindiging van de aansluiting het gevolg is van een soortgelijke verzekering. De vrijwillige beëindiging van de aansluiting moet ten minste 1 maand vóór de vervalddag schriftelijk meegedeeld worden. Later heraansluiten is niet meer mogelijk tenzij de stopzetting het gevolg was van de aansluiting bij een soortgelijke verzekering;
- wanneer de hoofdverzekerde de deelnemende balie verlaat of wanneer de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de balie eindigt of verbroken wordt (indien de hoofdverzekerde 6 jaar is aangesloten bij deze verzekering of indien de hoofdverzekerde met pensioen of in SWT (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage) gaat, kan de aansluiting verdergezet worden bij dit contract);
- bij wanbetaling van de premie;
- als zij het statuut van bijverzekerde verliezen. De dekking stopt vanaf de dag waarop zij niet meer aan de definitie van bijverzekerde voldoen (bv. de dag van echtscheiding);
- bij een verblijf in het buitenland van langer dan 3 maanden onder het statuut van gedetacheerde, tewerkgestelde in het buitenland of ieder gelijkaardig statuut waaraan een verblijf in het buitenland verbonden kan zijn;
- bij het overlijden.

WAT IS INDIVIDUELE VOORTZETTING?

Wanneer u het recht op aansluiting bij deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest, krijgt u de mogelijkheid om, samen met de gezinsleden die bij deze verzekering zijn aangesloten, de verzekering individueel voort te zetten. Deze voortzetting kan zonder medische formaliteiten en wachttijden gebeuren als er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

1. Toetredingsvoorwaarden

Om de verzekering individueel voort te zetten zonder wachttijden en zonder medische formaliteiten dient de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van uw aansluiting, ononderbroken aangesloten zijn geweest door één of meerdere opeenvolgende verzekeringscontracten 'hospitalisatie – medische kosten' afgesloten bij een verzekeringsmaatschappij. U kunt enkel individueel voortzetten op voorwaarde dat u gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van de aansluiting aangesloten was.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen die al verzekerd zijn op het moment van aansluiting bij de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst blijven bovendien in het individuele contract verzekerd.

2. Termijnen

Hoofdverzekerde

Binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering zal uw werkgever u schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengen van de mogelijkheid tot individuele voortzetting.

U beschikt over een termijn van dertig dagen om de beheerder op de hoogte te brengen van uw intentie om de verzekering geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. Deze termijn wordt met dertig dagen verlengd op voorwaarde dat u de beheerder daarvan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengt.

Deze termijnen beginnen te lopen vanaf de dag dat de werkgever u schriftelijk of elektronisch op de hoogte bracht van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst en de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Deze termijn loopt in ieder geval af honderdenvijf dagen na de dag van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Bijverzekerden

Voor de bijverzekerde gelden dezelfde termijnen als diegene die hiervoor beschreven staan voor de hoofdverzekerde. Er geldt enkel een andere termijn als de bijverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst door de hoofdverzekerde. In dat geval beschikt de bijverzekerde over een termijn van honderdenvijf dagen om de beheerder schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van de intentie om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. Deze termijn begint te lopen vanaf de dag waarop de bijverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest (bv. de dag van echtscheiding).

3. Tariefvoorwaarden

De voorwaarden van het individuele contract zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de verzekeringsmaatschappij op het ogenblik van de individuele voortzetting. De aangeboden waarborgen zijn minstens gelijksoortig aan de waarborgen van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

De tariefvoorwaarden zijn gelijk aan diegene die van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Het individuele contract begint op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. Het individuele contract is in principe niet opzegbaar door de verzekeraar.

WAT IS VOORFINANCIERING?

De premies van individuele verzekeringen zijn doorgaans een stuk duurder dan de premies van een beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. De wet op de ziekteverzekeringen voorziet daarom in een systeem van voorfinanciering.

U kunt individueel een bijkomende premie betalen waardoor de premie in geval van individuele voortzetting gelijk is aan de premie van de leeftijd waarop u met de voorfinanciering bent begonnen. Dit gebeurt in een afzonderlijk contract, ook wachtpolis genoemd.

Meer informatie kunt u terugvinden op de website: www.wachtpolis.be.

WELKE KOSTEN WORDEN TERUGBETAALD? HOEVEEL BEDRAAGT DE TUSSENKOMST?

Hoofdwaarborg 'hospitalisatie'

De verzekeraar betaalt de medische kosten terug die u gemaakt hebt tijdens de hospitalisatie voor een **medisch noodzakelijke opname** en veroorzaakt door een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling. Deze kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie.

Onder hospitalisatie verstaan we het medisch noodzakelijke verblijf in een erkende verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. De opname in het dagziekenhuis is verzekerd voor zover er een wettelijk forfait wordt aangerekend (maxi-forfait, mini-forfait, forfait dagziekenhuis 1 t.e.m. 7, forfait chronische pijn 1 t.e.m. 3 of het gebruik van de gipskamer).

Voor de volgende kosten komt de verzekering tussen:

- de kosten voor **verblijf, erelonen** van de **geneesheer of paramedicus, onderzoeken, behandelingen** en **geneesmiddelen**;
- de kosten die ontstaan door het gebruik van **medische technieken en materialen**;
- de kosten voor **palliatieve verzorging**. Onder palliatieve zorgen dient te worden verstaan: de behandeling in een ziekenhuis, verleend aan personen die zich in een terminale fase bevinden. Deze behandeling is gericht op de fysische noden van de patiënt en draagt ertoe bij een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren;

- de kosten voor het **mortuarium**. De verzekeraar betaalt deze kosten terug voor zover zij aangerekend werden op de hospitalisatiefactuur;
- de kosten voor **vervoer** naar het ziekenhuis (ook met de helikopter), voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de verzekerde een dringende opname in het ziekenhuis vereist;
- de aangerekende verblijfskosten voor **rooming-in**. Onder rooming-in verstaan we het verblijf van één van de ouders bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind, op voorwaarde dat de aanwezigheid van de ouder beschouwd wordt als medisch noodzakelijk door de behandelende geneesheer;
- de kosten voor **plastische chirurgie** in het kader van **herstellende chirurgie**;
- de kosten voor de **wiegendoodtest**;
- de verblijfskosten van de **orgaan- of weefseldonor**;
- de kosten voor **thuisbevalling en poliklinische bevalling**;
- de kosten voor **kraamhulp** bij **thuisbevalling** of **poliklinische bevalling**. Zij worden terugbetaald gedurende maximaal 12 kalenderdagen. Onder kraamhulp verstaan we de door een erkende kraamzorginstelling gefactureerde kosten voor de zorgen verstrekt door een bevoegde kraamverzorger;
- de kosten voor **IVF-behandelingen** (In Vitro Fertilisatie) voor zover er voor de betrokken behandelingen tussenkomst is van de wettelijk verplichte ziekteverzekering. De vergoeding bedraagt maximaal 500,00 EUR per cyclus;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten en brillen** voorgeschreven door een oogarts. Voor deze kosten dient de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussen te komen.

Bij een psychische of psychiatrische aandoening en voor al de types van depressie wordt de terugbetaling van de hierboven beschreven kosten beperkt tot een al dan niet onderbroken periode van twee jaar.

Bijkomende waarborg 'pre- en posthospitalisatie'

Deze bijkomende waarborg voorziet in de terugbetaling van de **kosten van medisch noodzakelijke, ambulante zorgen** die tijdens **1 maand vóór en 3 maanden na** de gewaarborgde hospitalisatie verleend of voorgeschreven zijn door een geneesheer. Deze medische kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie en opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de geneesheer of paramedicus;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- **geneesmiddelen** voorgeschreven door een geneesheer en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten en brillen** voorgeschreven door een oogarts, voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt.

Alle kosten moeten vanzelfsprekend gemaakt zijn naar aanleiding van een verzekerde hospitalisatie.

De verzekeraar betaalt de kosten voor **vervoer** en de kosten van **de huur en aankoop** van medisch materieel tijdens deze pre- en posthospitalisatieperiode niet terug.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre-en posthospitalisatie is onbeperkt.

Kosten voor ambulante zorgen in geval van 'ernstige ziekten'

In geval van één van volgende aandoeningen:

AIDS, amyotrofische lateraal sclerose, brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening die een dialysebehandeling vereist, paratyfus, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson of ziekte van Pompe, betaalt de verzekeraar de kosten terug van de ambulante zorgen die werkelijk voor de behandeling zijn gemaakt. Dit betekent alle medische kosten die voorgeschreven of verleend zijn door een geneesheer en die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de geneesheer of paramedicus;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- **geneesmiddelen** voorgeschreven door een geneesheer en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten en brillen** voorgeschreven door een oogarts, voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt;
- het **huren van medisch materieel**.

Deze kosten moeten vanzelfsprekend gemaakt zijn naar aanleiding van een verzekerde ernstige ziekte.

Er is geen tussenkomst voor de kosten voor **vervoer en de aankoop van medisch materieel**.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg ambulante zorgen in geval van "ernstige ziekten" is onbeperkt.

Belangrijke opmerking: Als u wordt opgenomen als gevolg van een verzekerde ernstige ziekte dan gelden voor de kosten gemaakt tijdens de ziekenhuisopname de terugbetalingsvoorwaarden van de waarborg 'hospitalisatie'.

WELKE KOSTEN WORDEN NIET TERUGBETAALD?

De niet-verzekerde risico's die verband houden met een zware fout. Deze risico's zijn die welke:

- het gevolg zijn van een opzettelijke daad of een poging tot zelfmoord van de verzekerde, of van een klaarblijkelijk roekeloze daad door de verzekerde, behalve in geval van redding van personen of goederen;
- het gevolg van de vrijwillige deelneming van de verzekerde aan een misdaad of een wanbedrijf;
- rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg zijn van alcoholisme, toxicomanie of misbruik van geneesmiddelen;
- zich voordoen terwijl de verzekerde in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie is, of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij hij bewijst dat er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval geen oorzakelijk verband bestaat.

Overeenkomstig de beschrijving van de hiervoor vermelde waarborgen voorziet het plan niet in de terugbetaling van de kosten die onder meer voortvloeien uit:

- esthetische zorgen of behandeling, of zorgen met esthetisch oogmerk, met of zonder functionele stoornissen, behoudens voorafgaand akkoord van de adviserende arts;
- kuurbehandelingen, bijvoorbeeld: thermalisme, thalasso therapie, hygiëno-dieetkuur;
- de bijstand, de oppas of het onderhoud van de verzekerde;
- anticonceptiebehandelingen (zoals sterilisatie);
- vruchtbaarheidsbehandelingen (de kosten voor IVF behandelingen boven de 500,00 EUR per cyclus), contraceptieve behandelingen, vrijwillige zwangerschapsonderbreking, kunstmatige bevruchting;
- check-ups, preventieve opsporingsonderzoeken of raadplegingen voor zuigelingen;
- ziekten of ongevallen die veroorzaakt zijn door oorlogsfeiten of door burgeroorlog;
- ziekten of ongevallen veroorzaakt door oproer of burgerlijke ongeregelheden, of politiek, ideologische of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. De waarborg wordt evenwel verleend indien de verzekerde aantoonbaar:
 - dat hij er niet actief heeft aan deelgenomen;
 - of dat hij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - of dat hij is opgetreden met het ook op de redding van personen of goederen.

HOE WORDT DE TUSSENKOMST BEREKEND?

De tussenkomst van deze verzekering gebeurt steeds na tussenkomst van de wetgeving op de sociale zekerheid, de beroepsziekten, de arbeidsongevallen en de ongevallen op de weg naar en van het werk, en ook van de al onderschreven contracten met hetzelfde oogmerk.

Indien u de wettelijke tussenkomst om welke reden dan ook niet ontvangt of er geen recht op hebt, dan wordt er voor de berekening van de gewaarborgde verzekeringsprestaties rekening gehouden met een theoretische tussenkomst. Deze theoretische tussenkomst is gelijk aan de wettelijke tussenkomst zoals bepaald door de Belgische sociale wetgevingen van toepassing voor de werknemers bij ziekte of ongeval. Dit wil zeggen dat de wettelijke tussenkomst in mindering wordt gebracht, zelfs wanneer u om welke reden dan ook geen recht hebt op de wettelijke tussenkomst.

U wordt niet belast op de vergoedingen die u uit deze verzekering geniet en hoeft dus geen sociale lasten te betalen op het ontvangen voordeel.

IS ER EEN VRIJSTELLING OF FRANCHISE?

De **vrijstelling of franchise bedraagt 125,00 EUR** per verzekerde en per verzekeringsjaar. Een verzekeringsjaar is de periode die begint op de algemene vervalddag van de verzekering en die twaalf maanden later eindigt.

De vrijstelling wordt slechts eenmaal toegepast in de volgende situaties:

- voor verschillende verzekerden van eenzelfde gezin betrokken in eenzelfde ongeval;
- voor de kosten van de bevalling voor moeder en kind, op voorwaarde dat gans het gezin verzekerd is;
- voor een ononderbroken hospitalisatie over twee verzekeringsjaren die begint binnen de 15 dagen die het einde van het verzekeringsjaar voorafgaan en die eindigt binnen de 30 eerste dagen van het nieuwe verzekeringsjaar.

Voor de ambulante kosten in verband met de waarborg "ernstige ziekten" is er geen vrijstelling of franchise.

WAT IS HET DERDEBETALERSSTEEEM MEDI-LINK?

Het derdebetalerssteeem **Medi-Link** betaalt, bij een gewaarborgde hospitalisatie, uw hospitalisatiefactuur rechtstreeks aan het ziekenhuis. U hoeft geen voorschot te betalen aan het ziekenhuis en u betaalt achteraf alleen de vrijstelling en de kosten terug die niet binnen de waarborg vallen.

Meer info over Medi-Link vindt u via www.vanbreda-health.be/medi-link. Met onze **Vanbreda app** heeft u steeds al uw kaarten digitaal bij de hand (Medi-Link, AssurPharma, Assi-Link – indien van toepassing in uw contract).

WAT MET KOSTEN IN HET BUITENLAND?

De kosten met betrekking tot hospitalisatie worden terugbetaald (zonder beperking) indien tegelijk aan de 3 volgende voorwaarden wordt voldaan:

- de opname moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of de mutualiteit moet vooraf haar akkoord hebben gegeven;
- er moet een wettelijke tussenkomst zijn;
- de verzekerde mag tijdens de 12 maanden voorafgaand aan het schadegeval niet in het buitenland verbleven hebben gedurende meer dan 3 maanden.

Indien aan één van deze 3 voorwaarden niet voldaan is:

- wordt de terugbetaling van de waarborg hospitalisatie beperkt tot 75,00 EUR vermenigvuldigd met het aantal dagen ziekenhuisopname;
- worden de kosten voor pre-posthospitalisatie terugbetaald aan 50%.

De kosten i.v.m. ernstige ziekten worden niet vergoed.

GRENSARBEIDERS

Grensarbeiders Nederland

Opname in België

Als de hoofdverzekerde of een gezinslid **gehospitaliseerd is in België** zijn de terugbetalingsvoorwaarden zoals beschreven onder: “Welke kosten worden terugbetaald? Hoeveel bedraagt de tussenkomst?” van toepassing.

Opname in Nederland

Als de hoofdverzekerde of een gezinslid **gehospitaliseerd is in Nederland**, zijn de terugbetalingsvoorwaarden zoals beschreven onder: “Welke kosten worden terugbetaald? Hoeveel bedraagt de tussenkomst?” van toepassing op voorwaarde dat er een tegemoetkoming is van de Nederlandse of de Belgische sociale zekerheid. Een bewijs van de tegemoetkoming van de Nederlandse of de Belgische sociale zekerheid dient bij de aanvraag van terugbetaling gevoegd te worden.

Opname in een ander land

Als de hoofdverzekerde of een gezinslid **gehospitaliseerd is in een ander land dan België of Nederland**, dan zijn de terugbetalingsvoorwaarden die beschreven worden onder “Wat met kosten in het buitenland?” van toepassing.

HOEVEEL BEDRAGEN DE PREMIES?

De trimestriële premie is gelijk aan:

- 29,27 EUR voor een kind jonger dan 25 jaar
- 58,41 EUR voor een volwassene jonger dan 65 jaar
- 204,50 EUR voor een volwassene vanaf 65 jaar

De premie is trimestrieel vooraf betaalbaar en wordt via domiciliëring geïnd door de beheerder.

Op elke jaarlijkse vervalddag kunnen de bovenvermelde premies geïndexeed worden.

HOE EENVOUDIG EEN NIEUWE OPNAME AANGEVEN OF KOSTEN INDIENEN?

- via de Vanbreda app: www.vanbreda-health.be/vanbreda-app
- via de website op www.vanbreda-health.be

Wilt u ook genieten van een eenvoudigere, snellere en 100% veilige digitale dienstverlening? Ga naar onze website www.vanbreda-health.be/ik-word-digitaal en bekijk welke digitale dienstverlening het beste bij u past!

Heeft u andere vragen, dan staan wij graag voor u klaar via onze website <https://www.vanbreda-health.be/nl/contacteer-ons> of via telefoon 03 217 55 11.

Vanbreda Risk & Benefits gebruikt uw persoonsgegevens onder meer om te voldoen aan alle wettelijke verplichtingen en om haar rol als beheerder van uw medisch plan optimaal te kunnen vervullen. Meer info omtrent de verwerking van uw persoonsgegevens vindt u in ons privacybeleid op onze website <https://www.vanbreda.be/nl/privacy/>.

DIT DOCUMENT IS EEN SAMENVATTING VAN DE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST EN HEEFT LOUTER INFORMATIEVE WAARDE. DE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST ZELF IS HET ENIGE RECHTSGELDIGE DOCUMENT.