

Verzekeringnemer: CEPA
Polisnummer: 0331

Toelichting bij het hospitalisatieplan

Deze versie is geldig vanaf 1/1/2025.

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 sluit automatisch aan als **hoofdverzekerde** wanneer:

- u een erkende Antwerpse havenarbeider bent van het algemeen en het logistiek contingent;
- u behoort bij de vaklui die ingeschreven zijn bij het Nationaal Paritair Comité der Haven van Antwerpen;
- u verminderd arbeidsongeschikt bent.

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 kinderen, jonger dan 25 jaar, ten laste van de hoofdverzekerde of zijn partner die in het gezin verblijven of elders wonen wegens studieredenen en kinderbijslaggerechtigd zijn;
- de kinderen, jonger dan 25 jaar van de hoofdverzekerde die inwonen bij de feitelijk of wettelijk gescheiden partner, kinderbijslaggerechtigd zijn, en waarvoor de hoofdverzekerde alimentatiegeld betaalt;
- de kinderen, jonger dan 25 jaar van de hoofdverzekerde die deeltijds inwonen bij de hoofdverzekerde in het kader van co-ouderschap, kinderbijslaggerechtigd zijn en waarvoor de hoofdverzekerde geen alimentatiegeld betaalt;
- de gehandicapte kinderen van de hoofdverzekerde, ouder dan 25 jaar, zij worden beschouwd als volwassenen.

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

Ook als u met **pensioen of in SWT** (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag) 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 ten laatste de dag voor uw pensioen of ten laatste de dag voor uw SWT

Bij het **overlijden** van de hoofdverzekerde kunnen de gezinsleden die al aangesloten waren bij deze verzekering verder aangesloten blijven. De weduwe, weduwnaar, overlevende partner of inwonende wees kunnen deze verderzetting schriftelijk aanvragen bij de beheerder binnen de 2 maanden volgend op het overlijden van de hoofdverzekerde.

Vanaf het moment dat de weduwe, weduwnaar of overlevende partner hertrouwt of wettelijk gaat samenwonen, stopt zijn/haar aansluiting en de aansluiting van de inwonende wees bij deze verzekering.

De aansluiting van de inwonende wees bij de verzekering stopt op de leeftijd van 25 jaar indien de weduwe/weduwnaar of overlevende partner niet hertrouwt of wettelijk gaat samenwonen, en voor zover er geen onderbreking is in de aansluiting sinds het overlijden van de hoofdverzekerde. Voor gehandicapte kinderen geldt deze regel niet. Zij kunnen ook na hun 25^{ste} verjaardag verder aangesloten blijven bij deze verzekering.

HOE EN WANNEER KUNNEN U EN UW GEZINSLEDEN AANSLUITEN?

Hoofdverzekerden

U sluit als hoofdverzekerde automatisch aan op de dag dat u in dienst treedt bij uw werkgever.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Uw gezinsleden kunnen aansluiten bij deze verzekering vanaf 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;
- voor een kind: de geboortedag.

Als de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 3 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

U sluit als hoofdverzekerde aan zonder medische formaliteiten en zonder wachttijden.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

Bijverzekerden (gezinsleden) - Tijdige aansluiting

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

Voor de gezinsleden die tijdig aansluiten, zijn de eventuele voorafbestaande aandoeningen verzekerd.

Bijverzekerden (gezinsleden) - Laattijdige aansluiting

Als uw gezinsleden laattijdig aansluiten, zijn er wel medische formaliteiten. Dat betekent dat zij een medische vragenlijst moeten invullen. 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 8 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. Enkel voor ongevallen en een beperkt aantal acute infectieziekten bestaat er geen wachttijd.

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 de arbeidsovereenkomst met de werkgever eindigt of verbroken wordt (bij pensionering of SWT kan de aansluiting verdergezet worden bij dit contract);
- bij het overlijden;
- bij het einde van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Voor de gezinsleden stopt de aansluiting:

- als zij de aansluiting vrijwillig beëindigen. De vrijwillige beëindiging van de aansluiting moet tenminste 1 maand vóór de vervaldag schriftelijk meegedeeld worden, tenzij de beëindiging van de aansluiting het gevolg is van een soortgelijke verzekering. Heraansluiting is nadien niet meer mogelijk, tenzij de stopzetting het gevolg was van een aansluiting bij een soortgelijke verzekering;
- wanneer de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de werkgever eindigt of verbroken wordt;
- 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 niet-betaling van de premie;
- 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 honderdvijf 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 honderdvijf 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 curatieve behandeling** 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 voor het **mortuarium**. De verzekeraar betaalt deze kosten onbeperkt terug voor zover zij aangerekend werden op de hospitalisatiefactuur;
- de meerkosten na eventuele tussenkomst van de ziekteverzekering voor **aangepast vervoer en vervoer voor spoedgevallen**. Er is een tussenkomst van maximum 123,95 EUR per persoon en per verzekeringsjaar;

- de aangerekende verblijfskosten voor **rooming-in**. Onder rooming-in verstaan we het verblijf van één van de ouders bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind tot 14 jaar. Er is een tussenkomst van maximum 25,00 EUR per dag en daarnaast geldt een maximum van 10 dagen per hospitalisatie;
- de verblijfskosten van de **orgaan- of weefseldonor**, voor zover de transplantatie medisch gerechtvaardigd is. De verzekeraar betaalt deze kosten onbeperkt terug;
- de kosten voor **medisch begeleide voortplanting** (zoals bijv. IVF of ICSI), op voorwaarde dat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt. Het invriezen van zaad- of eicellen voor een eventuele latere behandeling is niet verzekerd;
- 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 **prothesen, orthopedische apparaten, brillen** voorgeschreven door een oogarts, en **tandheelkundige zorgen en behandelingen**. Voor deze kosten dient de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussen te komen. De vergoeding bedraagt, voor elke prestatie, maximum 3 maal het bedrag van deze wettelijke tussenkomst, met een maximum van 1.500,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De kosten in verband met de behandeling van verzekerde **zenuw-of geestesziekten** worden slechts terugbetaald voor een hospitalisatie van maximum 24 al dan niet opeenvolgende maanden, gecumuleerd vanaf de start van de eerste hospitalisatie.

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.

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, brillen** voorgeschreven door een oogarts, en **tandheelkundige zorgen en behandelingen**, voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt. De vergoeding bedraagt, voor elke prestatie, maximum 3 maal het bedrag van deze wettelijke tussenkomst, met een maximum van 1.500,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

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

De verzekeraar betaalt de kosten voor vervoer tijdens deze pre- en post hospitalisatieperiode 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, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, epidemische cerebrospenale meningitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nierdialyse, paratyfus a, b en c, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, tetanus, tuberculose, tyfus, variola, 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.

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, brillen** voorgeschreven door een oogarts, en **tandheelkundige zorgen en behandelingen**, voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt. De vergoeding bedraagt, voor elke prestatie, maximum 3 maal het bedrag van deze wettelijke tussenkomst, met een maximum van 1.500,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar;
- het **huren van medisch materiaal**.

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

Er is geen tussenkomst voor de kosten voor **vervoer**.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg ambulante zorgen in geval van "ernstige ziekten" bedraagt 2.478,94 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

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?

Er wordt geen tussenkomst verleend:

a) bij ziekte of ongeval die het gevolg zijn:

- van een oorlogsfeit (bij burgeroorlog of oorlog met een vreemde mogendheid, al dan niet verklaard) van onlusten, stakingen, oproer, militaire operaties, gelijk welke vijandelijkheden of als nasleep van een militaire dienst erkend behalve wanneer de verzekerde het bewijs levert dat hij er niet actief heeft aan deelgenomen;
- van klaarblijkelijk gevaarlijke of roekeloze daden, vechtpartijen, twisten of aanrandingen behalve wanneer de verzekerde er niet actief heeft aan deelgenomen;
- van een bezoldigde sportbeoefening, ongeacht de wijze van bezoldiging;
- zij het rechtstreeks of onrechtstreeks, van een wijziging in de atoom- of kernstructuur van de stof en van de professionele aanwending van röntgenstralen of radio-isotopen.

b) wanneer de ziekte of het ongeval:

- te wijten is aan dronkenschap, intoxicatie door alcohol, alcoholisme, aan gebruik van verdovingsmiddelen, toxicomanie of aan een ziekelijke gewoonte;
- veroorzaakt, verergerd of in zijn gevolgen onderhouden door de opzettelijke daad van de verzekeringsnemer, of door een grove nalatigheid van zijnentwege tenzij de verzekerde bewijst dat er geen oorzakelijk verband is.

c) of:

- voor behandelingen of geneesmiddelen die niet wetenschappelijk beproefd zijn;
- telefoon- of televisiekosten, vergoedingen van water of andere medisch niet noodzakelijke dranken;
- voor de esthetische zorgen en behandelingen en de orthopedische toestellen;
- voor ziekten of gevolgen van een ongeval waarvoor men reeds in behandeling is op het ogenblik van onderschrijving van de polis bij een laattijdige aansluiting;
- voor het onderhoud, de bewaking en de bijstand vereist door de hulpbehoevende verzekerde, of wanneer deze laatste geïnterneerd of geplaatst is;
- voor kuurbehandelingen, bad-additieven, cosmetische producten, ontsmettingsmiddelen, voedings- en versterkende middelen, wijnen en minerale wateren;
- voor prestaties betreffende een ziekte of een ongeval, niet controleerbaar door een geneeskundig onderzoek of zonder objectieve symptomen die er de diagnose onbetwistbaar van zouden maken.

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?

Automatisch aangesloten hoofdverzekerde:

De **vrijstelling of franchise bedraagt 123,95 EUR** per verzekerde per verzekeringsjaar. Een verzekeringsjaar is de periode die begint op de algemene vervaldag van de verzekering en die twaalf maanden later eindigt.

Facultatief aangesloten verzekerden:

De **vrijstelling of franchise 125,00 EUR** per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Bij een (dag)opname in een **eenpersoonskamer** bedraagt de vrijstelling 250,00 EUR per verzekeringsjaar.

Voor zowel automatisch aangesloten als facultatief aangesloten verzekerden geldt:

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.

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

WAT IS HET DERDEBETALERSSYSTEEM MEDI-LINK?

Het derdebetalerssysteem **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 <https://www.vanbreda-health.be/nl/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?

Deze verzekering is overal ter wereld geldig.

Als u wordt opgenomen in het buitenland dan bedraagt de tussenkomst voor elke prestatie maximum 3 maal de wettelijke tussenkomst.

HOEVEEL BEDRAGEN DE PREMIES?

De maandelijkse premie, lasten en taksen inbegrepen, is gelijk aan:

- 9,54 EUR voor een kind jonger dan 25 jaar
- 19,09 EUR voor een volwassene jonger dan 65 jaar
- 38,20 EUR voor een volwassene vanaf 65 jaar tot 75 jaar
- 56,49 EUR voor een volwassene vanaf 75 jaar

De premie is maandelijks achteraf betaalbaar.

De werkgever betaalt de premies voor de hoofdverzekerden.

De hoofdverzekerde betaalt de premies voor de bijverzekerden. Deze premies worden via domiciliëring geïnd door de werkgever.

De premies voor de gepensioneerden, de verzekerden in SWT en hun gezinsleden, weduwen, weduwnaars en de overlevende partner worden gedragen door de verzekerde en via domiciliëring geïnd door de werkgever.

Op elke jaarlijkse vervalddag kunnen de bovenvermelde premies geïndexeerd worden. Indien dit het geval is, zal Ceba u hiervan op de hoogte brengen.

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 69 12.

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.

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.

Met een wachtpolis vang je het eventuele verlies van dekking van je collectief ziekteverzekeringsplan op en verzekert je jezelf van een betaalbaar individueel ziekteverzekeringsplan, zonder nieuwe wachttijden of medische vragenlijsten.

Het collectieve ziekteverzekeringsplan biedt momenteel evenwel de mogelijkheid om als (brug)gepensioneerde op de collectiviteit verzekerd te blijven.

Met een wachtpolis financiert je op voorhand een deel van de toekomstige premies voor jouw individueel hospitalisatieplan. Je betaalt maandelijks en ononderbroken een individuele premie voor je wachtpolis, berekend op jouw huidige leeftijd bij aanvang van die wachtpolis. Wanneer je later de dekking van jouw collectief hospitalisatieplan verliest, zal je kunnen genieten van een individuele hospitalisatieverzekering tegen een verlaagde premie, berekend op de leeftijd die je had bij aanvang van je wachtpolis. Zo vermijd je om later een duur individueel hospitalisatieplan te moeten afsluiten. Allereerst geniet je dankzij een wachtpolis van een toekomstig individueel hospitalisatieplan waarbij de premie wordt vastgesteld volgens jouw leeftijd op de datum van aansluiting bij deze wachtpolis. In geval van individuele voortzetting zonder bijhorende wachtpolis zal de premie echter berekend worden op basis van jouw leeftijd op het ogenblik van de voortzetting. En dat heeft financiële gevolgen, want hoe hoger je leeftijd, hoe hoger de premie.

Om een voorbeeld te geven: iemand die op 55-jarige leeftijd aansluit, betaalt gemiddeld 2 keer zoveel als iemand die op 30-jarige leeftijd aansluit. En iemand die op 65-jarige leeftijd aansluit, betaalt gemiddeld al 3 keer zoveel als iemand die op 30-jarige leeftijd aansluit.

De bijkomende premie die je betaalt voor een wachtpolis, moet je dus eerder zien als een investering. Bovendien blijft deze investering lonen in de toekomst, zelfs als je verschillende keren van werkgever zou veranderen!

In de actuele marktsituatie zijn er twee opties voor voorfinanciering van jouw individuele hospitalisatieverzekering:

1. **Wachtpolis**

Een wachtpolis die jou de garantie biedt om bij elk verlies van jouw collectieve hospitalisatieverzekering te kunnen aansluiten bij een individueel hospitalisatieplan, waarbij de premie berekend wordt op basis van een verlaagde instapleeftijd. Hiervoor kan je terecht bij AG Insurance.

Iedereen die aangesloten is bij een collectief hospitalisatieplan kan een wachtpolis onderschrijven bij AG Insurance, ongeacht bij welke verzekeringsmaatschappij dat collectief plan beheerd wordt. Als je collectief verzekerd bent bij AG Insurance, hoef je geen medische vragenlijst in te vullen. Ben je niet collectief verzekerd bij AG Insurance, dan moet je wel een medische vragenlijst invullen.

2. **Tak 21-spaarverzekering**

Een voorfinancieringsproduct in de vorm van een tak 21-spaarverzekering die een minimumrendement garandeert. Hiermee bouw je een spaarreserve op die je later kan gebruiken om de premies te betalen voor een individueel hospitalisatieplan. Bij overlijden wordt de opgebouwde reserve uitgekeerd aan de aangeduide begunstigde. Dit product wordt aangeboden door KBC.

Voor meer informatie over het product van KBC kan je terecht bij jouw KBC-verzekeringsagent of persoonlijke makelaar.

Wat met mijn wachtpolis als ik van werkgever verander?

Indien je van werkgever verandert, hoef je je dankzij de wachtpolis in geen geval zorgen te maken over jouw hospitalisatieplan. Stel dat je nieuwe werkgever bijvoorbeeld geen collectief hospitalisatieplan aanbiedt aan zijn werknemers. In dat geval kun je jouw wachtpolis activeren door deze om te zetten naar een individueel hospitalisatieplan. De premie die je dan zal betalen, zal berekend worden op basis van jouw leeftijd bij onderschrijving van de wachtpolis.

Als je echter later opnieuw van werkgever verandert en de kans krijgt om opnieuw te genieten van een collectief hospitalisatieplan, dan kun je jouw individueel hospitalisatieplan desactiveren en opnieuw omzetten naar de wachtpolis. Bij toekomstige activaties van jouw wachtpolis blijf je bovendien genieten van de verlaagde premie die berekend wordt op basis van jouw oorspronkelijke leeftijd op het moment dat jij de wachtpolis onderschreven hebt.

Heeft je nieuwe werkgever wel een hospitalisatieplan, dan kun je gewoon de wachtpolis in stand houden en blijf je genieten van de lage instapleeftijd.