

# COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING



Brussel, 01.01.2023

Dienst polissen:	<a href="mailto:49@belfius-insurance.be">49@belfius-insurance.be</a>	02/286.65.75
Dienst schade:	<a href="mailto:dvv@medexel.be">dvv@medexel.be</a>	02/444.40.10

## **BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN**

De hieronder gedefinieerde begrippen zullen in het vervolg van deze voorwaarden cursief worden afgedrukt telkens er naar één van deze begrippen wordt verwezen om de leesbaarheid te vergroten.

### **Artikel 1. Definities**

#### **1. Overeenkomst collectieve verzekering**

De overeenkomst wordt gevormd door deze voorwaarden en de eventuele aanhangsels.

De *verzekeraar* en de *verzekeringnemer* moeten de voorwaarden en de eventuele aanhangsels ondertekenen.

#### **2. De verzekeringnemer**

De verzekeringsnemer is de volgende:

IGL, opdrachthoudende vereniging  
Klotstraat 125  
3600 Genk

#### **3. De verzekeraar**

Belfius Insurance, ook gekend onder de merk- en handelsnaam “DVV verzekeringen”, verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0037, met zetel in de Karel Rogierplein 11 te 1210 Brussel (België) en ingeschreven in het RPR Brussel nr. 0405.764.064

#### **4. De verzekerbare personen**

##### **Hoofdverzekerden:**

- De statutaire personeelsleden in dienst van de verzekeringsnemer;
- De contractuele personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur in dienst van de verzekeringsnemer;
- De contractuele personeelsleden met een andere arbeidsovereenkomst dan een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur, met uitzondering van de jobstudenten en de stagairs;

Deze begunstigden kunnen op vrijwillige basis gratis van deze verzekering genieten..

##### **Nevenverzekerden:**

- de hiervoor vermelde personeelsleden die op rust- of brugpensioen worden gesteld vanaf 1 januari 2023;
- de echtgeno(o)t(e) of levenspartner met hetzelfde domicilieadres van de hiervoor vermelde personen, voor zover hun aansluiting gebeurt voor de leeftijd van 67 jaar;
- de kinderen van de hiervoor vermelde personen, die ingeschreven zijn op het domicilieadres van de hoofdverzekerde of die kinderbijslaggerechtigd zijn.

De nevenverzekerden kunnen aansluiten bij deze verzekering onder dezelfde waarborgen als de hoofdverzekerden. Bij overlijden van de titularis kan de echtgeno(o)t(e) of levenspartner en zijn/haar kinderen die op hun domicilieadres zijn ingeschreven verder van de waarborgen van deze verzekering genieten, zolang hij/zij niet hertrouwt of een daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.

Aansluiting van één nevenverzekerde uit een gezin verplicht tot aansluiting van alle nevenverzekerden uit dat gezin. Nochtans indien de hiervoor vermelde verzekerbare gezinsleden reeds elders een vergelijkbare verzekering hebben en zij hiervan een attest kunnen voorleggen aan DVV verzekeringen, dan is hun aansluiting niet verplicht.

#### **5. De verzekerden**

De *verzekerbare personen* die aangesloten zijn bij deze overeenkomst. Enkel de voornoemde personen kunnen de waarborgen van deze overeenkomst genieten.

#### **6. Verplegingsinstelling**

Een openbare instelling of privé-instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis, met uitsluiting van gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische diensten of inrichtingen, rusthuizen, geriatrie instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van bejaarden, instellingen of diensten gebruikt voor het gewone verblijf van herstellenden of kinderen, alsmede deze die een bijzondere erkenning als rust- of verzorgingstehuis gekregen hebben.

#### **7. Hospitalisatie**

Elk medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. Dit houdt zowel het verblijf in van minstens één nacht, als het concept 'dagziekenhuis' ('one-day-clinic'), mits volgende voorwaarden zijn voldaan:

- Er is effectief gebruik gemaakt van de operatiezaal of van de gipskamer, of er is effectief een hospitaalbed gebruikt met uitsluiting van het verblijf in de wachtkamers, de onderzoekkamers en de ruimte voor externe consultatiediensten van het ziekenhuis.

- Het moet gaan over prestaties in het kader van mini-, maxi- en superforfaits, alsook in het kader van A, B, C, D-forfaits opgenomen in de Nationale overeenkomst tussen de Verpleeginrichtingen en de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

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

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

#### **8. 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 van het ongeval.

#### **9. Ziekte**

Een aantasting van de gezondheidstoestand die een andere oorzaak heeft dan een ongeval, en die erkend is door een arts die wettelijk gemachtigd is haar/zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.

#### **10. Prothesen, orthopedische toestellen, synthesemateriaal, geneesmiddelen en verbanden**

In het kader van deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- prothesen: kunstledematen, toestellen en kunstorganen, bedoeld om aangetaste of verzwakte lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen. Prothesen kunnen uitwendig en dus zichtbaar zijn, maar ook binnen het lichaam worden ingeplant.
- orthopedische toestellen: elk apparaat bedoeld om de functie van aangetaste of verzwakte lichaamsdelen te ondersteunen
- synthesemateriaal: verzamelnaam voor alle synthetisch of lichaamsvreemd materiaal
- geneesmiddelen en verbanden: producten die uitsluitend in de apotheek worden verkocht, voorgeschreven zijn door een arts en die als zodanig zijn geregistreerd door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

#### **11. Prestaties**

In het kader van deze overeenkomst bedoelt men met prestaties:

- de medische en paramedische diensten verstrekt of voorgeschreven door een arts en opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Meer bepaald gaat het hier om de daden van raadpleging, onderzoek, behandeling en toezicht.
- *prothesen, orthopedische toestellen, synthesemateriaal, geneesmiddelen en verbanden*, opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### **12. Ambulante verzorging**

*Prestaties verleend buiten de periode van hospitalisatie.*

#### **13. Acute infectieziekten**

In het kader van deze overeenkomst, worden als acute infectieziekten beschouwd, de volgende - limitatief omschreven - ziekten: rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, dysenterie, buik- en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus.

#### **14. Eigen risico**

het deel van de gewaarborgde kosten dat in elk geval ten laste blijft van de verzekerde.

#### **15. Wettelijke tegemoetkoming**

-Voor de in België gedane kosten: elke uitkering voorzien in het kader van de Belgische wetgevingen inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (stelsel der 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 loontrekkende voorziet of, bij gebreke hieraan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de loontrekkenden.

De terugbetaling van de in het buitenland gedane kosten worden per prestatie gewaarborgd tot het drievoud van de bedragen voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de loontrekkenden.

#### **16. Wachtijd**

De periode die start op de dag van de aansluiting en waarbij de verzekeraar geen enkele uitkering verschuldigd is.

### 17. Ernstige ziekten

In het kader van deze overeenkomst worden als ernstige ziekten beschouwd, de volgende - limitatief omschreven - ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus (buiktyfus, paratyfus en vlektyus), encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, rodehond, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, mucoviscidose, lymfogranulomatose, pancreatitis, ziekte van Alzheimer, malaria, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, klierziekte, scrofulose, brucellose, progressieve spierdystrofie, het syndroom van Treacher-Collins, epilepsie, sarcoïdose, ziekte van Gillain-Bare en ziekte van Morquio.

### 18. Verzekeringsjaar

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de begindatum van het contract.

Indien de aansluitingsdatum van een bepaalde *verzekerde*, niet samenvalt met de jaarvervaldatum van de onderschreven *collectieve verzekering*, bestaat het eerste verzekeringsjaar, voor wat betreft die specifieke *verzekerde*, uit het aantal maanden gelegen tussen de voornoemde aansluitingsdatum en de jaarvervaldatum.

### 19. Palliatieve verzorging

Het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de *ziekte* niet langer op curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, spirituele en zingevende, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn, zoals verstrekt door een overkoepelend samenwerkingsverband tussen vertegenwoordigers van eerstelijns hulpverleners, organisaties, instellingen, verenigingen en diensten dat wordt erkend door de bevoegde overheid.

### 20. 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 verricht kan worden.

### 21. Bij-overnachting

Een overnachting van één ouder op dezelfde kamer bij een gewaarborgde *hospitalisatie* van een aangesloten kind jonger dan 18 jaar met inbegrip van de verlengde minderjarigheid.

### 22. Aandoening

Verzamelaam voor ziekte, ongeval, zwangerschap en bevalling

### 23. Ziekenhuisfactuur

Een factuur, uitgaande van een *verplegingsinstelling* met vermelding van het aantal ligdagen en de ligdagprijs of forfait.

### 24. Kosten eigen aan een eenpersoonskamer

Kosten vermeld op de *ziekenhuisfactuur* die enkel mogen aangerekend worden wanneer de patiënt om een persoonlijke reden gekozen heeft voor een opname in een eenpersoonskamer. Het betreft de bijkomende kosten en erelonen die niet zouden gefactureerd worden bij opname in een ander kamertype. Wanneer verder in deze verzekeringsovereenkomst de term “opname in een eenpersoonskamer” wordt gebruikt, dan worden enkel bedoeld de opnames, die geheel of gedeeltelijk in een eenpersoonskamer plaats vinden en waarvoor minstens één nacht als verblijf in een eenpersoonskamer wordt gefactureerd. Andere opnames worden “opname in een meerpersoonskamer” genoemd.

### 25. Derde-betalersysteem

Bij toepassing van het *derde-betalersysteem* in het kader van deze overeenkomst wordt de *ziekenhuisfactuur* rechtstreeks naar de *verzekeraar* gestuurd en zal de *verzekeraar* deze factuur rechtstreeks aan de *verplegingsinstelling* betalen. Nadien zal de *verzekeraar* de eventuele niet-verzekerde kosten recupereren bij de *verzekerde*.

## **Artikel 2 Waarborgen**

### A. In het geval van een ziekenhuisopname:

Bij ziekenhuisopname, wegens ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling, worden de verzorgingskosten terugbetaald, voor zover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling.

Kosten voor *prestaties* in verband met preventieve ingrepen worden terugbetaald op basis van een opname in een meerpersoonskamer (oplegerelonen en opleg voor de kamer worden dus niet vergoed).

Indien een *verzekerde* het slachtoffer is van een traumatische gebeurtenis, kan hij op zijn vraag ook beroep doen op psychologische bijstand.

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn onder meer gewaarborgd:
  - a) de verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een één- of tweepersoonskamer;
  - b) de kosten voor medische prestaties, de erelonen en ereloonsupplementen;
  - c) de kosten voor paramedische prestaties;
  - d) de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
  - 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, brillen, hoorapparaten, medische prothesen en kunstledematen, voor zover deze geplaatst worden tijdens de ziekenhuisopname 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.
2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
  - a) de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal ;
  - b) het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte niet herbruikbaar materiaal;
  - c) de kosten voor niet-vergoedbare of onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
  - d) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
  - e) de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
  - 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 de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;
  - h) de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind ten laste (rooming-in) met inbegrip van de verlengde minderjarigheid;
  - i) de verblijfskosten in een eenheid voor palliatieve zorg;
  - j) de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden.

### B. Pre- en posthospitalisatie:

Het betreft hier de medische kosten gedaan gedurende 60 dagen vóór en 180 dagen na de opname, die in rechtstreeks in verband staan met de ziekenhuisopname. Bij opnames in een meerpersoonskamer wordt de posthospitalisatieperiode verlengd tot 9 maanden. Bij opnames ten gevolge van een ongeval is er geen beperking in tijd op voorwaarde dat de opname plaats vond in een meerpersoonskamer.

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn tijdens deze periode onder meer gewaarborgd:
  - 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 geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer.
  - d) de kosten van de medische prothesen die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
  - e) de kosten van de kunstledematen;

2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
- de niet-vergoedbare of onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
  - de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
  - de kosten van de verbanden en van het medische materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.
  - de kosten voor het huren van allerlei materiaal;

C. In het geval van een "ernstige ziekte":

Bij ernstige ziekten wordt de verzekering bovendien uitgebreid tot de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

- Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn onder meer gewaarborgd:
  - de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
  - de kosten voor paramedische prestaties
  - De kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte.
  - de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
  - de geneesmiddelen.
- Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
  - de niet-vergoedbare of onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
  - de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.
  - de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
  - de vervoerkosten;
  - alle andere kosten waarmee de verzekeraar vooraf heeft ingestemd.

De palliatieve toestand wordt gelijkgesteld met een ernstige ziekte. Bijgevolg worden de kosten verbonden aan een verblijf in een palliatieve instelling of in een erkend dagcentrum alsook de kosten voor palliatieve thuiszorg terug betaald.

D. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kosten na de bevalling:

De verzekering is eveneens van toepassing op de medische kosten voor thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp. Bijgevolg zijn bij thuisbevalling en poliklinische bevalling de waarborgen van het hoofdstuk "pre- en posthospitalisatie" vermeld hiervoor, eveneens verworven, met inbegrip van de medische kosten voor de pasgeborene.

Onder kraamhulp dient te worden verstaan de kosten na een bevalling die in rekening gebracht worden door een erkende kraamzorginstelling. Het betreft de door deze instelling gefactureerde kosten voor de zorg die thuis verstrekt wordt door een bevoegde kraamverzorger aan de moeder, de pasgeborene en het gezin.

Indien een *hospitalisatie* ten gevolge van een bevalling niet langer dan 4 gefactureerde ligdagen duurt, zal de tussenkomst van de *verzekeraar* worden verhoogd met een forfaitair bedrag dat gelijk is aan € 40 vermenigvuldigd met een factor die gelijk is aan het verschil tussen 6 en het aantal gefactureerde hospitalisatiedagen.

E. Extramuraal oogheelkunde:

Deze verzekering is eveneens van toepassing op de medische kosten van een cataractoperatie ongeacht het type lensimplantaat, die niet in een ziekenhuis maar extramuraal worden uitgevoerd in het kabinet van een oogarts die voldoet aan alle wettelijke voorschriften teneinde deze ingrepen uit te voeren.

In voorkomend geval zijn de waarborgen vermeld in het hoofdstuk "pré- en posthospitalisatie" hiervoor, eveneens verworven.

### Artikel 3 – omvang van de terugbetalingen door de verzekeraar

A. **Indien wettelijke tussenkomst:** Onbeperkt.

B. **Indien geen wettelijke tussenkomst:** tussenkomst met een maximum van 5.000 € per persoon per kalenderjaar met dien verstande dat:

- de persoonlijke vervoerkosten bij ernstige ziekten worden gewaarborgd tot een globaal plafond van 300 € per persoon en per kalenderjaar.
- C. Voor hospitalisatie ingevolge een psychische, psychiatrische of mentale aandoening, is de tussenkomst per verzekerde verworven gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van 30 maanden te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.
- D. De tussenkomst inzake extramurale oogheelkunde is ongeacht het type lensimplantaat, de tegemoetkoming van het ziekenfonds en de omvang van het bedrag ten laste van de patiënt, gewaarborgd tot € 600 per persoon, per ingreep.
- E. De tussenkomst voor de verblijfkosten van een ouder in de kamer van een kind (rooming-in) met inbegrip van de verlengde minderjarigheid is onbeperkt.
- F. De tussenkomst voor de verblijfkosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde is onbeperkt.
- G. De tussenkomst voor de kosten met betrekking tot behandelingen in het kader van vruchtbaarheidsbehandelingen is onbeperkt.
- H. De tussenkomst voor de kosten met betrekking tot kraamhulp is onbeperkt.

#### Artikel 4 – vrijstelling

De vrijstelling is bepaald op **150 euro** per verzekerde en per kalenderjaar indien de verzekerde gekozen heeft voor de opname in een éénpersoonskamer.

Er is geen vrijstelling in het geval van een ernstige ziekte, waarvan de lijst opgesomd is in artikel 1.17 hiervoor.

Wanneer de vrijstelling van toepassing is op een ononderbroken ziekenhuisopname gespreid over twee opeenvolgende kalenderjaren zal slechts eenmalig de vrijstelling worden toegepast.

Wanneer meerdere leden van eenzelfde gezin, die op de verzekering aangesloten zijn, gelijktijdig gehospitaliseerd worden ten gevolge van een ongeval, zal de vrijstelling slechts éénmaal toegepast worden voor alle gezinsleden samen en niet voor elk gezinslid afzonderlijk.

#### Artikel 5 – uitsluitingen

Van deze verzekering kan geen gebruik gemaakt worden voor volgende prestaties:

- a) Esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheelkunde als gevolg van een ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden wel ten laste genomen.
- b) Ziektes of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld):
  1. in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen
  2. ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- c) Sterilisatie en anticonceptieve behandeling, tenzij dit gebeurt om dwingende medische redenen;
- d) voor thermale kuren;
- e) Ingeval van oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, wegens burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- f) 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 misdrijf, roekeloze daad, weddenschap of uitdaging, door de verzekerde gepleegd.
- g) Bij rechtstreekse of onrechtstreekse schade voortkomend uit het gebruik van nucleaire energie, die onder de toepassing valt van de Conventie van Parijs (wet van 22 juli 1985) of alle andere wettelijke bepalingen die deze wetgeving zouden vervangen, wijzigen of aanvullen;

#### Artikel 6 – territorialiteit

Deze verzekering is wereldwijd van toepassing. Er zijn geen territoriale beperkingen.

#### Artikel 7 – aanvangsdatum en duur van de verzekeringsovereenkomst

De datum van aanvang is 01/01/2023 om 0.00 u.

De officiële vervalddag is 1/1.

De polis wordt afgesloten voor een duurtijd van 2 jaar. Na deze periode wordt de overeenkomst stilzwijgend verlengd voor telkens een periode van één kalenderjaar.

De verzekeringsnemer behoudt zich het recht voor de polis op het einde van de verzekeringsperiode op te zeggen per aangetekend schrijven, mits in acht name van een opzegtermijn van 3 maanden.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor de polis op het einde van de tweede verzekeringsperiode op te zeggen per aangetekend schrijven, mits in acht name van een opzegtermijn van 6 maanden.

De verzekeraar heeft niet het recht om op individuele basis hoofdverzekerden of nevenverzekerden uit te sluiten tenzij in de gevallen vermeld onder artikel 9.

## Artikel 8 – aansluiting en wachttijd

Hoofd- en nevenverzekerden kunnen *tijdig* aansluiten *binnen de drie maanden na het recht op aansluiting*

### Aansluiting

De hoofdverzekerde alsook de nevenverzekerden, die recht hebben op deze collectieve hospitalisatieverzekering, sluiten zich aan bij deze verzekeringspolis door middel van een aansluitingsformulier of een lijst die door de leidende ambtenaar aan de dienstverlener wordt overgemaakt.

Er is geen medische vragenlijst of medisch onderzoek.

Voor de nieuwe aangeslotenen loopt de dekking vanaf de eerste dag van de maand volgend op de ontvangst van dit formulier door de dienstverlener.

### Wachtermijn

De wachtermijn is de periode die ingaat op de dag dat de waarborg aanvang neemt en gedurende welke de verzekeraar geen enkele uitkering verschuldigd is.

1. De algemene wachtermijn is DRIE MAANDEN.
2. Deze wachtermijn vervalt evenwel:
  - A. Voor de bestaande verzekerden onder het huidige verzekeringsprogramma (onder bestaande wordt ook begrepen deze die reeds een aansluiting aanvroegen, maar nog geen bevestiging ontvingen);
  - B. Voor nieuwe indiensttredingen voor zover de aansluiting plaats vindt binnen de drie maanden na hun indiensttreding;
  - C. Ongevallen;
  - D. Besmettelijke (acute infectie) ziekten;
  - E. In geval van huwelijk (wettelijk samenlevingscontract) voor de echtgenote / partner en bij de geboorte voor de pasgeborene van een persoon die reeds verzekerd was, voor zover de aansluiting plaats heeft binnen de drie maanden volgend op de gebeurtenis.
  - F. Voor de personen die reeds drie maanden een analoge dekking hadden afgesloten en er geen onderbreking in dekking is.

### Reeds bestaande aandoeningen

- a) Bij tijdige aansluitingen zijn voorafbestaande aandoeningen gewaarborgd.
- b) Bij een laattijdige aansluiting worden de tegemoetkomingen niet aan de verzekerden verleend indien het bestaan van de aandoening, de ziekte, het ongeval, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling waarvoor een tegemoetkoming wordt gevraagd, niet door de verzekerde of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger kon worden ontkend op de datum van aansluiting op deze verzekeringsovereenkomst, zelfs indien de eerste symptomen niet toelieten een duidelijke diagnose te stellen.

### Procedure bij overstap van de ene verzekering naar een andere verzekering

Personen of gezinnen die reeds zouden beschikken over een verzekeringscontract dat voorziet in analoge waarborgen, afgesloten bij een andere verzekeraar, kunnen na afloop van de bestaande polis overschakelen naar deze verzekering, zonder een wachttijd te moeten doorlopen.

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

### Overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde

De overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij de oppensioenstelling gebeurt zonder onderbreking of enige formaliteit wanneer de betrokkene zijn verzoek tot voortzetting van de verzekering aan de verzekeraar overmaakt binnen drie maanden na de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag van deze verzekeringsovereenkomst.

### Weduwen en weduwnaars

Als de hoofdverzekerde of de gepensioneerde nevenverzekerde overlijdt, kunnen de al aangesloten gezinsleden deze verzekering voortzetten. Deze overgang gebeurt zonder onderbreking of enige formaliteit wanneer de betrokkene zijn verzoek tot voortzetting van de verzekering aan de verzekeraar overmaakt binnen drie maanden na de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag van deze verzekeringsovereenkomst.



### Individuele voortzetting verzekering

Behalve in geval van niet-betaling van de premie of in geval van bedrog, heeft elke persoon die bij deze collectieve hospitalisatieverzekering aangesloten is, het recht om deze verzekering individueel voort te zetten, wanneer hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest (bijvoorbeeld in geval van verandering van werkgever of ontslag), zonder op dat ogenblik een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen. De verzekeraar mag bovendien geen nieuwe wachtermijn opleggen. Dit recht op individuele voortzetting bestaat zowel voor de hoofdverzekerde als voor de verzekerde leden van zijn gezin. Om dit recht op individuele voortzetting te kunnen uitoefenen moet de verzekerde gedurende de twee jaren die aan het verlies van de collectieve hospitalisatieverzekering vooraf gaan, ononderbroken aangesloten zijn bij één of meer opeenvolgende collectieve hospitalisatieverzekeringen.

De verzekeringnemer van de collectieve verzekering brengt de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten. Vanaf de dag van de ontvangst van dit bericht beschikt de verzekerde over een termijn van dertig dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn voornemen om de collectieve hospitalisatieverzekering individueel voort te zetten. Deze termijn kan met dertig dagen verlengd worden en dus op zestig dagen gebracht worden, op voorwaarde dat de verzekeraar daarvan schriftelijk of elektronisch in kennis gesteld wordt.

De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om de verzekerde een verzekeringsaanbod met gelijksoortige waarborgen te doen. De verzekerde beschikt over een termijn van dertig dagen om het aanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden.

De leden van het gezin van de hoofdverzekerde kunnen het recht op individuele voortzetting ook uitoefenen, wanneer ze het voordeel van de collectieve verzekering verliezen om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde (bijvoorbeeld in geval van echtscheiding of als een kind het gezin verlaat). In dat geval, beschikt de betrokkene verzekerde over een termijn van 105 dagen te rekenen vanaf het tijdstip waarop hij het hierboven genoemde voordeel verliest om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om hem een verzekeringsaanbod te doen. Het lid van het gezin beschikt over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod te aanvaarden.

### Continuïteit van de lopende dossiers (overname vanaf 1.1.2023)

A. Een lopende hospitalisatie in de nacht van 31/12/2022 op 1/01/2023:

- o Prehospitalisatiekosten ten laste van de huidige verzekeraar.
- o Hospitalisatiekosten: pro-rata ten laste neming volgens de hospitalisatiefactuur.
- o Posthospitalisatiekosten: ten laste van de nieuwe verzekeraar.

B. Een ziekenhuisopname die afliep vóór 1/01/2023:

- o Prehospitalisatiekosten: ten laste van de huidige verzekeraar.
- o Hospitalisatiekosten: ten laste van de huidige verzekeraar.
- o Posthospitalisatiekosten vanaf 1/01/2023: ten laste van de nieuwe verzekeraar mits voorleggen van de hospitalisatiefactuur als bewijs.

C. Een ziekenhuisopname na 1/01/2023 waarvoor prehospitalisatiekosten gemaakt zijn vóór 1/01/2023:

- o Prehospitalisatiekosten: ten laste van de nieuwe verzekeraar.
- o Hospitalisatiekosten: ten laste van de nieuwe verzekeraar.
- o Posthospitalisatiekosten: ten laste van de nieuwe verzekeraar.

### **Artikel 9 – einde van de individuele dekking**

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

a. Hoofdverzekerden

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

- Het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op schriftelijk verzoek van de hoofdverzekerde aan de verzekeringnemer of de verzekeraar;
- Het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer. De betrokken verzekerden kunnen vanaf die datum wel ten persoonlijke titel bij de verzekeraar verder aangesloten blijven tegen de individuele verzekeringsvoorwaarden die op dat ogenblik gelden.
- Het overlijden van de hoofdverzekerde;

- Bij bedrog of poging tot bedrog door de hoofdverzekerde.  
De verzekeringsnemer verbindt zich ertoe deze wijzigingen over te maken aan de verzekeraar.

b. Nevenverzekerden

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

- Het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op schriftelijk verzoek van de nevenverzekerde aan de verzekeringsnemer of de verzekeraar
- Het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding of de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringsnemer, behalve bij de overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij de pensioenstelling. De betrokken verzekerden kunnen vanaf die datum wel ten persoonlijke titel bij de verzekeraar verder aangesloten blijven tegen de individuele verzekeringsvoorwaarden die op dat ogenblik gelden.
- Het overlijden van de nevenverzekerde
- Bij bedrog of poging tot bedrog door de nevenverzekerde
- Opzegging door de verzekeraar bij niet-betaling van de verzekeringspremie.

### Artikel 10 – premieafrekening

Voor alle aangeslotenen zijn de hierna vermelde premies jaarlijks betaalbaar op de vervalddag. De premies zijn berekend per verzekerde persoon. Zij zijn verhoogd met de RIZIV-bijdrage van 10% op de verzekeringspremies.

#### 1. De hoofdverzekerden

IGL betaalt het volledige bedrag van de premie voor alle hoofdverzekerden (alle medewerkers die van deze verzekering kunnen genieten, ook al werken ze deeltijds).

De facturatie vermeldt afzonderlijk de naam en geboortedatum van de verzekerde, de periode waarover de facturatie loopt, en het totale premiebedrag.

De premie wordt vastgesteld per personeelslid tot de leeftijd van 65 jaar als volgt:

jaarpremies	nettopremie	RIZIV-bijdrage	totaal
Hoofdverzekerde	159,56	15,96	€ 175,52

#### 2. De nevenverzekerden

De premie voor de nevenverzekerden wordt door de verzekeraar rechtstreeks op het thuisadres van de betrokkenen verzonden.

De facturatie vermeldt afzonderlijk de naam en geboortedatum van de verzekerde, de periode waarover de facturatie loopt, en het totale premiebedrag.

De premie wordt vastgesteld als volgt:

jaarpremies	nettopremie	RIZIV-bijdrage	totaal
kind - 21	79,78	7,98	€ 87,76
volwassene 21-64	159,56	15,96	€ 175,52
volwassene 65-69	319,12	31,91	€ 351,03
volwassene 70 +	478,68	47,87	€ 526,55

Indien een gezin meer dan 2 verzekerde kinderen telt, wordt vanaf het derde kind slechts 50% van de premie aangerekend.

## Artikel 11 – premieaanpassing

In de initiële periode vermeld in artikel 7 hiervoor kan de premie door de verzekeraar niet gewijzigd worden. De opgegeven premies worden jaarlijks aangepast aan de medische index, de eerste keer op 1 januari 2025.

## Artikel 12 – schaderegeling

### A) Voor schadegevallen zonder derde-betalersysteem

1. De verzekerde of zijn aangestelde moet de verzekeraar op de hoogte brengen van iedere hospitalisatie en van iedere gebeurtenis waarvoor de waarborgen zoals hiervoor bepaald in artikel 2 kunnen ingeroepen worden. Indien nodig kan de verzekeraar bijkomende informatie vragen. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om de diagnose te laten bevestigen door middel van een door hem te bepalen onderzoek en/of attest.

2. De verzekerde kosten worden terugbetaald na voorlegging van:

- de originele onkostennota's, én inzonderheid, voor wat betreft de waarborg Hospitalisatie, de originele ziekenhuisfactuur
- de afrekening der terugbetalingen gedaan in uitvoering van de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers (cf. bewijs van tussenkomst van het ziekenfonds) en/of de afrekening der terugbetalingen gedaan in uitvoering van de Belgische wetgevingen betreffende de arbeidsongevallen en de beroepsziekten

én

- ieder bewijs van tussenkomst in uitvoering van een privé-verzekering.

De verzekeraar moet deze bewijsstukken uiterlijk een jaar na de datum van de prestatie ontvangen. Ze blijven in zijn bezit. Als hij dit nodig acht, kan hij bijkomende bewijsstukken vragen.

3. De verzekeraar heeft het recht de hem gedane verklaringen en de antwoorden op zijn vragen om inlichtingen te onderzoeken. De verzekerde of zijn aangestelde moet de nodige maatregelen treffen om de vaststellingen door de verzekeraar te vergemakkelijken.

4. Indien de verzekerde of zijn aangestelde één van de verplichtingen hem opgelegd door punten 1, 2 en 3 van dit artikel niet nakomt, behoudt de verzekeraar zich het recht voor om de uitkering zoals berekend in overeenstemming met artikel 3 hiervoor, te verminderen tot beloop van de door hem, omwille van deze vertraging of nalatigheid, geleden schade. De verzekeraar kan de dekking zelfs weigeren indien de verzekerde deze verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen. De premies met betrekking tot de bewuste verzekerde die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens, komen toe aan de verzekeraar.

5. De verzekeraar heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid van de aangiften van de verzekerde en/of zijn aangestelde en de attesten te laten onderzoeken door een door hem aangeduid arts.

In geval van betwisting over de medische aspecten van deze verzekering, kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg elk een arts aanstellen om het geschil te beslechten. Indien de arts van de verzekerde en die van de verzekeraar het onderling niet eens worden, zullen zij een derde arts aanduiden om als scheidsrechter op te treden. Wordt men het niet eens over deze benoeming, dan wordt deze derde arts op verzoek van de meest gereede partij door de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg aangeduid. Geraakt het geschil toch niet opgelost, dan wordt het voorgelegd aan de bevoegde rechtbank. Elke partij draagt de kosten en het ereloon van haar raadsman(nen). Daarnaast draagt elke partij de helft van de kosten en het ereloon van de derde arts en de kosten van zijn aanstelling.

6. De verzekeraar verbindt er zich toe om opdracht te geven aan zijn financiële instelling over te gaan tot uitkering van de tegemoetkoming, zoals bepaald in artikel 3 hiervoor, binnen de **tien** werkdagen.

De hiervoor vermelde termijn gaat in vanaf de dag volgend op het tijdstip waarop de aan de verzekeraar overgemaakte bewijsstukken (zie punt 2 hiervoor), die nog geen aanleiding hebben gegeven tot enige vergoeding vanwege de verzekeraar, bij deze toekomen.

Deze termijn begint echter pas te lopen indien de hierna bepaalde cumulatieve voorwaarden vervuld zijn:

- de verzekerde of zijn aangestelde is zijn verplichtingen (zie punten 1, 2 en 3 hiervoor), nagekomen
- de verzekeraar beschikt over de door hem gevraagde bijkomende inlichtingen, attesten en resultaten van de bijkomende onderzoeken (zie punt 1 hiervoor)
- er bestaat geen gereede twijfel over de aanvaarding van het schadegeval.

Indien de verzekeraar niet voldoet aan de hierboven vermelde verplichting, zal hij een interest betalen van 10% (op jaarbasis) op de laattijdige uitkering, te rekenen vanaf de werkdag volgend op de hierboven bepaalde termijn van **10** werkdagen. Deze interest zal steeds minstens **5.00 EUR** bedragen.

9. Indien, naar aanleiding van het schadegeval, blijkt dat de verzekerde niet meer de hoedanigheid bezit van verzekerbare persoon, nemen de verplichtingen van de verzekeraar een einde. De premies die werden betaald voor de bewuste verzekerde, blijven niettemin verworven voor de verzekeraar.

#### B) Voor schadegevallen met derde-betalersysteem

1. De verzekeraar biedt de verzekerde een derde-betalerkaart aan, de AssurCard.

De AssurCard kan gebruikt worden voor een hospitalisatie in alle Belgische ziekenhuizen aangesloten bij het AssurCard-systeem (<https://www.assurcard.be/nl/ziekenhuizen>).

Voor iedere andere gebeurtenis, buiten een ziekenhuisopname, waarvoor de waarborgen zoals bepaald in artikel 2 kunnen ingeroepen worden, kan het derde-betalersysteem niet gebruikt worden en zal het schadegeval afgehandeld worden zoals vermeld in artikel 12 A) hierboven.

2. De AssurCard is strikt persoonlijk en mag alleen gebruikt worden in overeenstemming met het verzekeringscontract waaraan ze gekoppeld is. Ze blijft eigendom van de verzekeraar.

3. Kaarttype: Limited Service Assurcard: kan in alle kamertypes behalve eenpersoonskamer gebruikt worden.

4. Voorafgaand aan iedere ziekenhuisopname, neemt de verzekerde of zijn aangestelde contact met de verzekeraar via telefoon of doet hij aangifte bij de verzekeraar via de online-toepassing. De contactinformatie bevindt zich op de achterkant van de AssurCard. De verzekerde wordt door de verzekeraar of via de online-toepassing op de hoogte gebracht of het derde-betalersysteem voor die ziekenhuisopname van toepassing is.

Indien het derde-betalersysteem - om welke reden dan ook - niet van toepassing is, dan zal de afhandeling van het schadegeval gebeuren zoals beschreven in artikel 12 A) hierboven

5. Indien het derde-betalersysteem van toepassing is, stuurt de verplegingsinstelling de ziekenhuisfactuur rechtstreeks naar de verzekeraar. De verzekeraar betaalt de volledige ziekenhuisfactuur aan de verplegingsinstelling en zal nadien de op de ziekenhuisfactuur vermelde, niet-verzekerde kosten in eerste instantie afhouden van andere tussenkomsten, en indien nodig het eventuele resterende saldo bij de verzekerde recupereren.

6. Het al dan niet van toepassing zijn van het derde-betalersysteem wijzigt niets aan het geheel der voorwaarden opgenomen in deze overeenkomst. Het niet van toepassing zijn van het derde-betalersysteem betekent enkel dat de verzekeraar de ziekenhuisfactuur niet rechtstreeks aan het ziekenhuis betaalt.

7. Alle punten opgesomd in artikel 12 A) hierboven, behalve punt 1, zijn ook van toepassing bij gebruikmaking van het derde-betalersysteem.

8. Door gebruik te maken van de AssurCard verleent de verzekerde de bevoegdheid aan de verzekeraar om rechtstreeks aan het ziekenhuis te betalen. .

De verzekeraar wordt in de plaats gesteld van de verzekerde ten aanzien van het ziekenhuis bij discussie of geschil over die betaling.

9. Het gebruik van de AssurCard kan worden ingetrokken, zonder voorafgaande waarschuwing:

- in geval van misbruik van de kaart
- in geval van niet-betaling door de verzekerde van de bij hem te recupereren, niet-verzekerde kosten
- in geval van niet-betaling van de premie.

#### **Artikel 13 – administratieve ondersteuning**

De verzekeraar bezorgt op eenvoudig verzoek van het opdrachtgevend bestuur een rapport met statistieken, tendensen en informatie die de verzekeringsnemer toelaten de verzekeringsovereenkomst op te volgen en te evalueren.

De verzekeraar waarborgt een snelle en efficiënte dienstverlening.

De verzekeraar zorgt in samenspraak met het opdrachtgevend bestuur voor de opmaak van alle benodigde documenten ter uitvoering van de overeenkomst en staat in voor het ondersteunen van een informatie-campagne naar de verzekerden toe.

#### **Artikel 14 – betaling van de premie**

Bij niet-betaling van de premie ontvangen de in artikel 10 bepaalde premiebetalers een aangetekende brief waarmee hij door de verzekeraar in gebreke gesteld wordt. In deze ingebrekestelling maant de verzekeraar de betrokkene aan om over te gaan tot betaling van de premie en wijst hij laatstgenoemde op de gevolgen van de niet-betaling. Als de premie 15 dagen later nog niet betaald is, worden de waarborgen van rechtswege geschorst, dit zowel voor de lopende kosten als voor elke latere gebeurtenis, voor alle verzekerden waarop de onbetaalde premie betrekking heeft. Bijgevolg vervalt voor deze laatsten het recht op terugbetaling.

De waarborgen gaan opnieuw in om nul uur van de dag die volgt op de betaling van de achterstallige premies, taksen en kosten inbegrepen. De verzekeraar behoudt zich echter het recht voor de wederinwerkingstelling van de waarborgen te laten afhangen van een gunstig resultaat van een onderzoek van de groep verzekerden. Ernstige ziekten of hospitalisaties ten gevolge van ziekten, toestanden of letsels die zich voordoen of die aan het licht komen tussen de datum van de ontbinding en deze van de wederinwerkingstelling zijn niet verzekerd.

Vanaf de vijftiende dag volgend op het begin van de schorsing heeft de verzekeraar het recht de overeenkomst te beëindigen. Als de betrokken premiebetaler de verzekeraar uitdrukkelijk schriftelijk meedeelt dat hij de betaling van de premies staakt, moet de verzekeraar deze aangetekende brief niet versturen.

### **Artikel 15 - verhaal van de verzekeraar**

Als de waarborgen gelden of de verzekeraar al een terugbetaling heeft gedaan, treedt hij in de plaats van de verzekeringsnemer of de verzekerden voor hun recht op verhaal op de derden die aansprakelijk zijn voor het ongeval of de ziekte.

De verzekeringsnemer of de verzekerden mogen, zonder voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van de verzekeraar, noch volledig noch gedeeltelijk afzien van hun rechten op verhaal ten gunste van wie dan ook.

### **Artikel 16 - waar kan de verzekerde terecht met een probleem of klacht?**

Als de dossierbeheerder het probleem of klacht van een verzekerde niet kan oplossen, kan deze laatste zich rechtstreeks wenden tot de ombudsdienst van onze maatschappij, Rogierplein 11 te 1210 Brussel ([ombudinsur@belins.be](mailto:ombudinsur@belins.be)).

Vindt de verzekerde niet direct een oplossing bij de verzekeraar, dan kan hij het geschil eveneens voorleggen aan de "Ombudsman van de Verzekeringen", de Meeûsplantsoen 35 te 1000 Brussel ([info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)).

De verzekerde kan alle geschillen tussen hem en de verzekeraar in verband met dit contract ook voorleggen aan de bevoegde rechtbank. Enkel de Belgische rechtbanken zijn daartoe bevoegd.

### **Artikel 17 - bescherming van de persoonlijke levenssfeer**

De *verzekeraar* verwerkt de door de *verzekerden* meegedeelde persoonsgegevens voor verschillende doeleinden waaronder het sluiten en het uitvoeren van verzekeringscontracten, risicobehandeling, het naleven van wettelijke verplichtingen, de evaluatie van de klantrelatie, direct marketing en fraudebestrijding. Deze gegevens worden niet langer bewaard dan noodzakelijk voor de verwerking waarvoor ze werden ingezameld. Deze verwerking geschiedt door de bemiddelaars en personeelsleden van de *verzekeraar*. Hun toegang tot deze gegevens is beperkt tot de uitoefening van hun specifieke taken, in overeenstemming met de behoeften van de dienst.

Deze persoonsgegevens kunnen eveneens in verband met voorvermelde doeleinden worden meegedeeld aan andere ondernemingen van de Belfius Groep en gespecialiseerde dienstverleners zoals experts, herstellende, herverzekeringsondernemingen en Datassur ESV.

De *verzekerden* hebben het recht om hun persoonsgegevens waarover wij beschikken in te zien en ze desgevallend te laten corrigeren of verwijderen. Zij kunnen ook vragen sommige van deze gegevens over te dragen naar een derde partij of rechtstreeks naar zichzelf. Daarenboven kunnen zij vragen de verwerking te beperken.

Voor de verwerking van persoonsgegevens waarvoor de *verzekerden* hun toestemming hebben gegeven, hebben zij het recht deze toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

De *verzekerden* hebben het recht zich te verzetten tegen de verwerking van bepaalde persoonsgegevens en kunnen zicht op elk moment verzetten tegen het gebruik van hun persoonsgegevens voor direct marketing.

Meer informatie over de verwerking van hun persoonsgegevens, de doeleinden van de verwerking en het uitoefenen van hun rechten is terug te vinden in het Privacycharter van Belfius Insurance NV en Belfius Bank NV. Deze charters zijn beschikbaar in onze Belfius-kantoren en kunnen eveneens geraadpleegd worden op [www.belfius.be/privacycharter](http://www.belfius.be/privacycharter).

In overeenstemming met de AVG-wetgeving heeft de *verzekeraar* de uitdrukkelijke toestemming nodig van de *verzekerden* voor de verwerking van de medische gegevens die noodzakelijk zijn voor het sluiten en het uitvoeren van het verzekeringscontract.

## Artikel 18 - nuttige informatie

Via onderstaande links vindt u nuttige informatie over:

- wat te doen bij een ziekenhuisopname?
- prijs van de kamer
- ereloonsupplementen
- terugbetalingstarieven

Christelijke Mutualiteit	<a href="http://www.cm.be">http://www.cm.be</a>
Socialistische Mutualiteiten	<a href="http://www.socmut.be">http://www.socmut.be</a>
Onafhankelijke Ziekenfondsen	<a href="http://www.mloz.be">http://www.mloz.be</a>
Liberale Mutualiteit	<a href="http://www.mut400.be">http://www.mut400.be</a>
Belfius Verzekeringen	<a href="http://www.belfius-verzekeringen.be">http://www.belfius-verzekeringen.be</a>
Assurcard	<a href="http://www.belfius-verzekeringen.be/assurcard">http://www.belfius-verzekeringen.be/assurcard</a>
Assurpharma	<a href="http://www.assurpharma.be">http://www.assurpharma.be</a>

## Artikel 19 - prefinanciering

De verzekeringnemer dient volgens de wet van 20 juli 2007 alle aangesloten personeelsleden schriftelijk of via elektronische weg erop te wijzen dat zij, tijdens de looptijd van de collectieve verzekering, door betaling van een premie bij een verzekeraar die dit aanbiedt, ervoor kunnen zorgen dat zij bij het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering geen hogere premie zullen dienen te betalen dan deze die van toepassing was tijdens de looptijd van de collectieve verzekering. Het eventuele verdere initiatief hiertoe ligt volledig bij de verzekerde.

Het ter beschikking stellen van deze polistekst aan de verzekerden geldt als informatieverstrekking.

## Artikel 20 - terrorisme

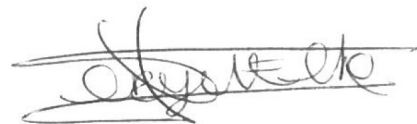
We dekken schade veroorzaakt door terrorisme, volgens de modaliteiten en in de beperkingen voorzien door de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme.

We zijn hiertoe lid van de VZW TRIP. De uitvoering van alle verbintenissen van alle verzekeringsondernemingen die lid zijn van deze VZW, wordt beperkt tot 1 miljard euro per kalenderjaar voor de schade veroorzaakt door alle gebeurtenissen erkend als terrorisme voorgevallen tijdens dat kalenderjaar.

Opgemaakt te Brussel op 1 januari 2023, in twee exemplaren, waarvan iedere partij verklaart een exemplaar te hebben ontvangen.

Voor IGL OV,

Voor DVV verzekeringen,



Elke Derijck