

COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING

BeCarePlan



BeCarePlan

Brussel, 01.01.2017

Dienst polissen:

49@belfius-insurance.be

02/286.65.75

Dienst schade:

hospgent@belfius-insurance.be

09/235.28.95
09/235.28.96
09/235.28.98

Artikel I

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.

1. Overeenkomst collectieve verzekering

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

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

2. De verzekeringnemer

De vennootschap of de vereniging die de overeenkomst van *collectieve verzekering* sluit.

3. De verzekerder

Belfius Insurance, verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0037, met zetel in de Galileelaan 5 te 1210 Brussel (België) en ingeschreven in het RPR Brussel nr. 0405.764.064.

4. De verzekerbare personen

4.1 Verplicht aangeslotenen

Het administratief en technisch personeel van de UGent (zowel vastbenoemden als contractuelen), inclusief de statutair benoemde personeelsleden ATP die tot en met 30.09.2013 behoorden tot de hogescholen die naar aanleiding van de integratie van de academische hogeschoolopleidingen vanaf 01.10.2013 behoren tot het universitair kader van de UGent (zogenaamd ambtshalve aangeslotenen).

4.2 facultatief aangeslotenen

4.2.1 facultatief aangesloten personeelsleden

4.2.1.1 het administratief en technisch personeel van erkende wetenschappelijke instellingen zoals het FWO, het VID en het IWT, werkzaam aan de UGent

4.2.1.2 andere personeelsleden van de UGent die behoren tot het (zelfstandig of assisterend) academisch personeel, met inbegrip van wetenschappelijk personeel, de gastprofessoren en de beheerders

4.2.1.3 het onderwijzend personeel en het administratief en technisch personeel dat deel uitmaakt van het integratiekader van de UGent, alsook de contractuelen wiens arbeidsovereenkomst in het kader van de academische hogeschoolopleidingen op 1 oktober 2013 werd overgenomen van een partnerhogeschool

4.2.1.4 alle toekomstige gepensioneerde leden van het personeel van de UGent, ook indien het gaat over vervroegde pensionering of bruggpensionering, indien zij gedurende minstens 1 jaar aangesloten zijn bij de collectieve hospitalisatieverzekering. Er mag geen onderbreking zijn tussen hun aansluiting als actief personeelslid en hun aansluiting als gepensioneerde.

4.2.1.5 de vóór 01.01.2017 reeds aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

4.2.1.6. de (post) doctoraatsbursalen van de UGent.

4.2.2 facultatief aangesloten verzekerden

4.2.2.1 partners van de onder 4.1 en 4.2 vermelde aangeslotenen die wonen en verblijven op hetzelfde adres en als zodanig bij de UGent en de verzekerder zijn gekend

4.2.2.2 de ongehuwde kinderen van alle voormelde aangeslotenen die ofwel fiscaal ten laste zijn van deze aangeslotenen, ofwel rechtgevend zijn op kinderbijslag.

Aansluiting van een gezinslid verplicht tot aansluiting van alle verzekerbare gezinsleden, tenzij zij reeds elders een vergelijkbare verzekering hebben.

Bij overlijden van een verzekerd personeelslid kunnen de gezinsleden die op het ogenblik van het overlijden waren aangesloten, verzekerd blijven onder dezelfde voorwaarden.

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 in België gevestigde instelling die in overeenstemming met de Belgische wetgeving is erkend als ziekenhuis en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen.

In het kader van deze overeenkomst worden echter de volgende instellingen niet erkend als *verplegingsinstelling*:

- gesloten psychiatrische instellingen en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's)
- medicopedagogische instellingen
- rustoorden en instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen
- ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" hebben verkregen.

In het buitenland worden als *verplegingsinstelling* aanzien: de instellingen waar er 24 uur op 24 minstens één arts en gediplomeerde verple(e)g(st)ers aanwezig zijn en waar het mogelijk is chirurgische ingrepen te verrichten.

7. Hospitalisatie

- a) Een medisch noodzakelijk verblijf in een *verplegingsinstelling* waarvoor ofwel tenminste één ligdag wordt aangerekend ofwel, indien er geen overnachting is, een mini-, maxi- of superforfait wordt aangerekend.
- b) Een medisch noodzakelijke opname in een *verplegingsinstelling* erkend als "One-day-Clinic" en waarvoor een dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met groep 7 en 3 forfaits chronische pijn worden aangerekend.
- c) In het kader van deze overeenkomst wordt, in tegenstelling tot het hierboven bepaalde in a) en b), een medisch noodzakelijk verblijf of - opname ten gevolge van een tandbehandeling enkel aanzien als een *hospitalisatie* indien er een overnachting is. Uitzondering hierop is een opname voor de extractie van wijsheidstanden, deze wordt als *hospitalisatie* aanzien ook als er geen overnachting is.

8. Ongeval

Iedere aantasting van de fysieke integriteit die veroorzaakt is door een plotselinge gebeurtenis, onafhankelijk van de verzekerde persoon, en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de verzekerde persoon ligt.

9. Ziekte

Iedere aantasting van de gezondheidstoestand die niet door een *ongeval* veroorzaakt wordt en die objectieve symptomen vertoont die de diagnose ervan onbetwistbaar maken.

10. Prothesen, orthopedische toestellen, synthesesmateriaal, 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
- synthesesmateriaal: 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, synthesesmateriaal, 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: rubeola, mazelen, waterpokken, roodvonk, difterie, kinkhoest, bof, kinderverlamming, cerebrospinale meningitis, dysenterie, paratyfus, tyfus, vlektyfus, cholera, pokken, paludisme, recurrenente koorts.

14. Eigen risico

Deel van de verzekerde kosten dat ten laste blijft van de *verzekerde*.

15. Wettelijke tegemoetkoming

Onder wettelijke tegemoetkoming wordt, in het kader van deze overeenkomst, verstaan:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers
- voor de kosten gemaakt in het buitenland: elke terugbetaling bepaald door een met het betrokken land gesloten overeenkomst voor de sociale zekerheid van de werknemers. Als dergelijke overeenkomst niet bestaat, een bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers.

16. Wachtijd

De periode die ingaat op de datum waarop de *verzekeraar* de toetreding van de *verzekerde* aanvaardt. De kosten voor een *hospitalisatie* die een aanvang neemt gedurende die periode alsook deze voor een *ernstige ziekte* die een aanvang neemt gedurende die periode, betaalt de *verzekeraar* niet terug.

Deze wachtijd wordt echter niet toegepast bij schadegevallen, die ofwel:

- het gevolg zijn van een *acute infectieziekte*
- het gevolg zijn van een *ongeval* na de aansluiting
- betrekking hebben op pasgeborenen voor zover de rest van het gezin op diens geboortedatum al zes maanden bij deze overeenkomst is aangesloten.

17. Ernstige ziekten

In het kader van deze overeenkomst worden als ernstige ziekten beschouwd, de volgende - limitatief omschreven - ziekten: AIDS, amyotrofe laterale sclerose, brucellose, cholera, diabetes, difteritis, encefalitis, epilepsie, kanker, klierkoorts, leukemie, malaria, meningitis cerebrospondialis, miltvuur, mucoviscidose, multipele sclerose, myopathie, nieraandoeningen met dialyse, niertransplantatie, paratyfus, paratyfuskoorts, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, roodvonk, tetanus, tuberculose, tyfus, virushepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Lyme, ziekte van Parkinson en ziekte van Pompe.

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. Bij-overnachting

Een overnachting van één ouder op dezelfde kamer bij een gewaarborgde *hospitalisatie* van een aangesloten kind jonger dan 16 jaar.

21. Ziekenhuisfactuur

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

22. 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.

23. 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**VOORWERP VAN DE VERZEKERING**

In het kader van deze overeenkomst worden de kosten terugbetaald gemaakt voor de *prestaties* die een rechtstreeks verband vertonen met de oorzaak van de verzekerde *hospitalisatie* en waarvoor een *wettelijke tegemoetkoming* bestaat, respectievelijk met de oorzaak van de verzekerde *ernstige ziekte*.

Uitbreidingen op deze regel worden in het vervolg van dit artikel opgesomd.

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

Het bedrag van de terugbetaling wordt berekend in overeenstemming met artikel 3 hierna.

2.1. Waarborg Hospitalisatie

In geval van een *hospitalisatie* wegens *ziekte*, *ongeval*, *zwangerschap* of *bevalling* dekt de waarborg Hospitalisatie de terugbetaling van de kosten die tijdens de *hospitalisatie* gemaakt worden. Het gaat hier om de kosten voor medisch noodzakelijk verblijf en *prestaties*.

Andere kosten die tijdens de *hospitalisatie* eveneens in aanmerking komen voor een tussenkomst van de *verzekeraar* zijn:

- a) de kosten voor *prestaties* waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat
- b) de kosten voor vervoer, voor zover dit gebeurt via een daartoe medisch uitgerust transportmiddel en voor zover het vervoer medisch verantwoord wordt door de vereiste spoed en de gezondheidstoestand van de *verzekerde*
- c) de kosten voor *bij-overnachting*
- d) mortuariumkosten op de *factuur* van het ziekenhuis
- e) de kosten voor het verblijf van een donor op voorwaarde dat deze zich vrijwillig en bewust voor dit donorschap laat hospitaliseren
- f) de kosten voor *prestaties* in verband met de wiegendoodtest
- g) de kosten voor *prestaties* in verband met vruchtbaarheidsbehandelingen.

Pre- en Posthospitalisatieverzorging

De *verzekeraar* betaalt de kosten terug die de *verzekerde* werkelijk heeft gemaakt voor medisch noodzakelijke *ambulante verzorging* en dit tijdens een periode van een maand vóór de begindatum van de verzekerde *hospitalisatie* en drie maanden na de einddatum van deze *hospitalisatie*, dit indien het een opname in een eenpersoonskamer betreft. In het geval van een opname in een meerpersoonskamer wordt de posthospitalisatieperiode verlengd tot 6 maanden.

Andere kosten die tijdens de pré- en posthospitalisatieperiode eveneens in aanmerking komen voor een tussenkomst van de *verzekeraar* zijn:

- h) de kosten voor *prestaties* waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat
- i) de kosten voor kraamhulp
- j) de kosten voor het verblijf van de *verzekerde* in een instelling die zich bezig houdt met *palliatieve verzorging*, anders dan een *verplegingsinstelling*
- k) de kosten voor *prestaties* in verband met vruchtbaarheidsbehandelingen.

2.2. Waarborg ambulante verzorging Ernstige ziekten en Ongevallen

Wanneer een *verzekerde* het slachtoffer wordt van een *ongeval* dat aanleiding geeft tot een verzekerde *hospitalisatie* of wanneer hij getroffen wordt door een *ernstige ziekte*, dan garandeert deze waarborg de terugbetaling van kosten voor medisch noodzakelijke *ambulante verzorging*, voor zover het *prestaties* betreft, geleverd in een periode anders dan deze voorzien in de waarborg Hospitalisatie. De waarborg 'ongevallen' met onbeperkte posthospitalisatieperiode is enkel van kracht voor opnames op een meerpersoonskamer.

Andere kosten die binnen deze waarborg eveneens in aanmerking komen voor een tussenkomst van de *verzekeraar* zijn:

- l) de kosten voor *prestaties* waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat
- m) de kosten verbonden aan de huur van medisch materiaal
- n) de kosten voor het verblijf van de *verzekerde* in een instelling die zich bezig houdt met *palliatieve verzorging*, anders dan een *verplegingsinstelling*
- o) de kosten voor vervoer, voor zover dit gebeurt via een daartoe medisch uitgerust transportmiddel voor zover het vervoer medisch verantwoord wordt door de gezondheidstoestand van de *verzekerde*.

Artikel 3**BEREKENING VAN DE TERUGBETALING**

De tussenkomst van de *verzekeraar* wordt als volgt berekend:

1. Basisregel

Van de gemaakte kosten die deze overeenkomst dekt en waarvoor een *wettelijke tegemoetkoming* bestaat, worden achtereenvolgens afgetrokken:

- de *wettelijke tegemoetkoming*. Indien de *verzekerde* deze *wettelijke tegemoetkoming*, om welke reden ook, niet ontvangt of er geen recht op heeft, wordt niettemin rekening gehouden met een fictieve tegemoetkoming gelijk aan de *wettelijke tegemoetkoming*
- elke terugbetaling in uitvoering van de wetgevingen betreffende de arbeidsongevallen en de beroepsziekten
- iedere vergoeding uitgekeerd in uitvoering van een privé-verzekering of elke andere vergoeding van gelijk welke aard.

2. Terugbetalingsregeling voor prestaties waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming bestaat

De tussenkomst van de *verzekeraar*, bekomen na toepassing van de basisregel, wordt verhoogd met 50% van de kosten gemaakt voor de *prestaties*, bedoeld in artikel 2. 1. a) en 2. 1. h), respectievelijk met 100% van de kosten gemaakt voor de *prestaties*, bedoeld in artikel 2. 2. l) indien het een opname in een eenpersoonskamer betreft. Bij een opname in een meerpersoonskamer bedragen de terugbetalingspercentages respectievelijk 60% en 100%.

3. Terugbetalingsregeling voor de andere kosten zoals bedoeld in artikel 2

De tussenkomst van de *verzekeraar*, bekomen na toepassing van de basisregel en punt 2 hiervoor, wordt verhoogd met het verschil tussen enerzijds de kosten bedoeld in artikel 2.1. b), 2.1.c), 2.1.d), 2.1.e), 2.1.i), 2.1.j) 2.2.m) en 2.2.n) én, anderzijds iedere vergoeding uitgekeerd in uitvoering van een privé-verzekering of elke andere vergoeding van gelijk welke aard betreffende deze kosten.

De tussenkomst van de *verzekeraar* van de kosten bedoeld in artikel 2.2.o) is beperkt tot € 500 per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*.

4. Bijzondere terugbetalingsregeling in geval van zwangerschap en bevalling

Indien een *hospitalisatie* ten gevolge van een bevalling niet langer dan 4 gefactureerde ligdagen duurt of in geval van een thuisbevalling, zal de tussenkomst van de *verzekeraar*, bekomen na toepassing van de punten 1 tot en met 3 hiervoor, worden verhoogd met een forfaitair bedrag dat gelijk is aan 40 EUR vermenigvuldigd met een factor die gelijk is aan het verschil tussen 6 en het aantal gefactureerde hospitalisatiedagen.

5. Toepassing van het eigen risico

De tussenkomst van de *verzekeraar*, die bekomen wordt na toepassing van de punten 1 tot en met 4 hiervoor, wordt verminderd met het *eigen risico*.

Het *eigen risico* bedraagt 10% van de verzekerde kosten met een maximum van € 250 per verzekerde en per verzekeringsjaar. Het *eigen risico* is enkel van toepassing bij een opname in een eenpersoonskamer (zie definitie 22 van artikel 1).

Wanneer het *eigen risico* van toepassing is op een ononderbroken *hospitalisatie*, gespreid over twee opeenvolgende *verzekeringsjaren*, dan wordt het maximum bedrag slechts eenmaal toegepast.

Wanneer verschillende leden van eenzelfde gezin gelijktijdig worden gehospitaliseerd ten gevolge van een verzekerd *ongeval*, zal het maximum bedrag slechts eenmaal worden toegepast voor alle gezinsleden samen.

Bij een bevalling zal het maximum bedrag slechts eenmaal worden toegepast voor de moeder én het kind samen.

6. Maximale tussenkomst

De tussenkomst van de *verzekeraar* is onbeperkt in absolute waarde. De terugbetaling wordt echter beperkt tot 300% van de *wettelijke tegemoetkoming*.

7. Aanpassing grensbedragen

Alle forfaitaire maxima zullen jaarlijks op de vervaldag worden verhoogd met 3,6%.

Artikel 4

SCHADEGEVALLEN

A) Voor schadegevallen zonder derde-betalersstelsel

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. Hij dient dit te doen bij voorkeur binnen 15 dagen na het begin van de hospitalisatie of van de gebeurtenis.

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 10 EUR bedragen.

7. 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 in overeenstemming met de modaliteiten beschreven in artikel 7 en artikel 10 hierna. De premies die werden betaald voor de bewuste verzekerde, blijven niettemin verworven voor de verzekeraar.

B) Voor schadegevallen met derde-betalersysteem voor opnames in een meerpersoonskamer.

1. De *verzekeraar* biedt de *verzekerde* een derde-betalerkaart aan, de AssurCard. De AssurCard kan worden gebruikt voor een *hospitalisatie* in een meerpersoonskamer in alle Belgische ziekenhuizen aangesloten bij het AssurCard-systeem (http://www.assurcard.be/N/list_ziekenhuizen.htm).

Voor iedere andere gebeurtenis, buiten een *hospitalisatie*, waarvoor de waarborgen zoals hiervoor bepaald in artikel 2 kunnen ingeroepen worden, kan het *derde-betalersysteem* niet gebruikt worden en zal het schadegeval afgehandeld worden zoals vermeld in artikel 4 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. Voorafgaand aan iedere *hospitalisatie*, 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 *hospitalisatie* 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 4. A) hierboven

Indien nodig kan de *verzekeraar* hijskomende 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.

4. 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.

5. 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 de *verplegingsinstelling* betaalt.

6. Alle punten opgesomd in artikel 4 A) hierboven, behalve punt 1, zijn ook van toepassing bij gebruikmaking van het *derde-betalersysteem*.

7. Door gebruik te maken van de AssurCard verleent de *verzekerde* de bevoegdheid aan de *verzekeraar* om rechtstreeks aan de *verplegingsinstelling* te betalen.

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

8. Het gebruik van de AssurCard kan worden ingetrokken ten aanzien van de individuele *verzekerde*, zonder voorafgaande waarschuwing:

- in geval van misbruik van de kaart door de *verzekerde*
- 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 door de *verzekerde*.

9. Voor verdere informatie over het gebruik van de AssurCard, consulteer onze website

www.belfius-verzekeringen.be/assurcard.

Artikel 5

TERRITORIALE GELDIGHEID

De verzekering geldt over de gehele wereld.

Artikel 6

UITSLUITINGEN

a) De waarborgen voorzien in artikel 3 hiervoor, worden niet verleend voor de kosten ten gevolge van de *hospitalisaties*, respectievelijk de *ernstige ziekten* en *ongevallen* die het gevolg zijn van:

1. oorlogsfeiten, oproer, burgerlijke onlusten, collectieve gewelddaden met politieke, ideologische of sociale inslag, tenzij de *verzekerde* bewijst dat hij, buiten het geval van wettelijke zelfverdediging, er niet actief en vrijwillig aan heeft deelgenomen

2. ieder feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong die voortspruiten uit of het resultaat zijn van radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire brandstoffen, producten of radioactieve afvalstoffen, evenals de schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortspruit uit ioniserende stralingen
3. dronkenschap, alcoholisme, alcoholintoxicatie (indien hoger dan 1.5 promille)
4. het gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij de *verzekerde* bewijst dat dit gebruik het gevolg is van een medisch voorschrift.

b) De verzekering geldt evenmin voor:

1. louter esthetische verzorging of behandelingen, tenzij zij het rechtstreekse gevolg zijn van een gedekt *ongeval* of van een *ernstige ziekte*
2. borstreducties en -vergrotingen, liposucties, alsook alle behandeling met het oog op het nastreven van gewichtsverlies, zelfs indien deze behandeling aangewezen zou zijn op basis van andere medische gronden
3. kuurbehandelingen
4. de kosten voor bijstand en bewaking van de *verzekerde* met uitzondering van deze voor *bij-overnachting*
5. sterilisaties, contraceptieve behandelingen en vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen, tenzij medisch noodzakelijk.

Artikel 7

BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERAAR

De overeenkomst *collectieve verzekering* gaat in op 1 januari 2017 en geldt voor een periode van vijf jaar. Gedurende deze periode kan de *verzekeringnemer* de overeenkomst jaarlijks opzeggen door middel van een aangetekend schrijven, ten laatste 8 maanden voor de jaarlijkse vervalddag. De *verzekeraar* verzaakt aan zijn recht tot opzeg. Na deze periode kan de overeenkomst twee maal gedurende een jaar worden verlengd.

Deze overeenkomst treedt in voege onder de ontbindende voorwaarde dat zij door de *verzekeringnemer* en *verzekeraar* getekend is.

Voor wat betreft de individuele *verzekerden*, vangen de verzekeringswaarborgen (zie artikel 2 hiervoor) aan op de aansluitingsdatum, eventueel na verloop van de *wachttijd*. Ook de individuele *verzekerden* hebben de mogelijkheid hun polis op te zeggen, rekening houdend met een opzeggingstermijn van drie maanden voor de jaarlijkse vervalddag en mits richten van een aangetekend schrijven aan Belfius Insurance, ter attentie van afdeling PCI Health, Galileelaan 5 te 1210 Brussel of een mail tegen ontvangstbewijs aan 49@belfius-insurance.be. Een dergelijke opzeg op gezinsniveau kan enkel betrekking hebben op alle facultatief aangesloten leden van het gezin, tenzij de individuele *verzekerde* bewijst dat de opzeg van één bepaald gezinslid gebeurt omdat hij/zij aangesloten wordt bij een andere collectieve verzekering met soortgelijke dekking waarvoor hij/zij zelf niet de premie moet betalen.

De verplichtingen van de *verzekeraar* nemen een einde op de einddatum van de overeenkomst of wanneer een *verzekerde*, tijdens de duur van de overeenkomst de hoedanigheid van *verzekerde* verliest. Niettegenstaande het voorgaande, blijft de persoon die de hoedanigheid van *verzekerde* heeft verloren verzekerd tot de eerstvolgende vervalddag. Indien echter de *verzekerde* op dit ogenblik nog gehospitaliseerd is, zal de *verzekeraar* niettemin die hospitalisatiekosten en de desbetreffende posthospitalisatiekosten terugbetalen, op voorwaarde dat deze verzekerd zijn, en dit voor de kosten gemaakt binnen een maximumtermijn van zes maanden te rekenen vanaf die einddatum van de overeenkomst.

Artikel 8

AANSLUITING, WACHTTIJDEN, VOORAFBESTAANDE AANDOENINGEN

Aansluiting

Alle aansluitingen kunnen ingaan op de begindatum van dit contract voor alle personen die op 31.12.2016 waren aangesloten bij het vorige contract.

De aansluiting van een personeelslid vermeld onder artikel 1.4.1 gebeurt op de datum van de indiensttreding. De aansluiting van de gezinsleden vermeld onder 1.4.2.2 kan op hetzelfde ogenblik gebeuren. De premie voor deze maand is volledig verschuldigd indien de aansluiting gebeurt vóór de 16^e van de maand. Er is echter geen premie verschuldigd voor deze maand indien de aansluiting later dan de 15^e van de maand gebeurt.

De aansluiting van een personeelslid vermeld onder artikel 1.4.2.1.1, 1.4.2.1.2, 1.4.2.1.3 en 1.4.2.1.6 kan gebeuren op de eerste van de maand volgend op of samenvallend met de indiensttreding. De aansluiting van de gezinsleden vermeld onder 1.4.2.2 kan op hetzelfde ogenblik gebeuren.

De gezinsleden die op het ogenblik van de aansluiting van het personeelslid nog niet verzekeraar waren, kunnen aansluiten op het ogenblik dat zij het recht tot aansluiting verwerven (bijvoorbeeld in geval van huwelijk). Pasgeborenen in een verzekerd gezin worden aangesloten vanaf hun geboorte.

Alle aansluitingen worden aanvaard zonder medische formaliteiten en gaan steeds in de eerste van de maand volgend op of samenlopend met de ontvangst van de aanvraag bij de *verzekeraar*.

Wachttijden en vooraf bestaande aandoeningen

Voor de verplicht aangesloten en geldt er geen wachttijd en zijn voorafbestaande aandoeningen gewaarborgd.

Voor aansluitingen waarvan de aanvraag gebeurt binnen de drie maanden na het ontstaan van het recht tot aansluiting, is er geen wachttijd. In dit geval zijn vooraf bestaande aandoeningen gewaarborgd.

Indien de aanvraag tot aansluiting gebeurt na drie maanden, bedraagt de wachttijd 3 maanden. Vooraf bestaande aandoeningen zijn in dit geval niet gewaarborgd.

Er geldt voor geen enkele aangeslotene een wachttijd voor *acute infectieziekten* en evenmin voor *ongevallen* na de aansluiting.

Wachttijden komen te vervallen en voorafbestaande aandoeningen zijn gewaarborgd indien de verzekerde bij zijn aansluiting het bewijs kan leveren dat de verzekerde tot de dag van aansluiting bij deze verzekering een andere hospitalisatieverzekering had.

Artikel 9**INFORMATIE VANWEGE DE UGENT AAN DE INDIVIDUELE VERZEKERDEN EN VOORTZETTING VAN DE OVEREENKOMST***Beëindiging van de arbeidsovereenkomst of de aanstelling, anders dan door pensionering*

Voor de verplicht aangesloten personeelsleden gebeurt de melding van de beëindiging van de arbeidsovereenkomst of van de beëindiging van de statutaire aanstelling door de UGent. Het personeelslid blijft verzekerd tot en met de dag voorafgaand aan de eerste vervalddag die volgt op de beëindiging van de arbeidsovereenkomst of de statutaire aanstelling.

De facultatief aangesloten personeelsleden dienen de beëindiging van hun arbeidsovereenkomst of de beëindiging van hun statutaire aanstelling te melden aan de verzekeraar en dit door middel van een aangetekend schrijven aan Belfius Insurance, t.v. Afdeling PCI Health, Galileelaan 5 te 1210 Brussel of een mail tegen ontvangstbewijs aan 49@belfius-insurance.be. Het personeelslid blijft verzekerd tot en met de dag voorafgaand aan de eerste vervalddag die volgt op de beëindiging van de arbeidsovereenkomst of de statutaire aanstelling.

Verzekerden die de hoedanigheid van *verzekerbare persoon* verliezen, kunnen op dat ogenblik bij de *verzekeraar* een individueel contract onderschrijven aan de op dat ogenblik geldende voorwaarden en tarieven, op voorwaarde dat zij al twee jaar zijn aangesloten bij onderhavige overeenkomst of soortgelijke beroep gebonden ziekteverzekerings-overeenkomst die er zonder onderbreking van de verzekeringsdekking aan voorafging. In dit geval zijn er geen wachttijden en zijn voorafbestaande aandoeningen gewaarborgd.

Pensionering

De aansluiting bij deze collectieve overeenkomst kan worden voortgezet door diegenen die op vervroegd pensioen (stelsel van werkloosheid met bedrijfsstoelag) of pensioen (al dan niet flexibel) gaan en daardoor niet langer personeelslid zijn van de *verzekeringnemer*, alsook door hun gezinsleden die op dat ogenblik al waren aangesloten.

Er mag in geen geval een onderbreking bestaan tussen de verzekeringsdekking die zij genoten tijdens de actieve periode als personeelslid en deze die zij genieten in het stelsel van de voortzetting na (vervroegd) pensioen.

Voor de verplicht aangesloten personeelsleden gebeurt de melding van de pensionering door de UGent. De verplicht aangesloten personeelsleden blijven verzekerd op kosten van de UGent tot en met de dag voorafgaand aan de eerste vervalddag die samenvalt met of volgt op de eerste dag van pensionering. De verzekeraar zal binnen de maand volgend op de datum dat hij door de UGent op de hoogte wordt gebracht van de pensionering van een verplicht aangesloten personeelslid, dit personeelslid schriftelijk in kennis stellen van de automatische verderzetting van de verzekering, op eigen kosten van het betrokken personeelslid, behoudens uitdrukkelijk verzet van het betrokken personeelslid. Het betrokken personeelslid dient uiterlijk binnen de maand na de schriftelijke kennisgeving van de verzekeraar uitdrukkelijk zijn verzet tegen de voortzetting van de verzekering op eigen kosten mee te delen aan de verzekeraar middels aangetekend schrijven aan Belfius Insurance, t.a.v. Afdeling PCI Health, Galileelaan 5 te 1210 Brussel of een mail tegen ontvangstbewijs aan 49@belfius-insurance.be. Bij ontstentenis van een tijdig verzet blijven de verplicht aangesloten personeelsleden (en hun gezinsleden) aangesloten. Erna gelden de gewone opzegmodaliteiten.

Aangezien de facultatief aangesloten personeelsleden reeds voor de pensionering op eigen kosten de verzekering betaalden, wordt een automatische verderzetting van de verzekering in hun hoofde (alsook in hoofde van hun gezinsleden) verondersteld. Voor hen gelden de gewone opzegmodaliteiten.

Bij afloop van de periode bedoeld in de eerste paragraaf van artikel 7, alsook indien deze overeenkomst door de *verzekeringnemer* vroeger wordt opgezegd, eindigen automatisch alle persoonlijke verderzettingen na (vervroegd) pensioen die eruit voortvloeien (tenzij er een automatische overdracht zou zijn naar (deze of andere) verzekeraar in het kader van een nieuwe hospitalisatiepolis bij de verzekeringnemer). Indien tussen *verzekeringnemer* en *verzekeraar* nieuwe voorwaarden worden overeengekomen, dan zullen deze ook van toepassing worden voor de voortzettingen na (vervroegd) pensioen op hetzelfde ogenblik als deze van toepassing worden voor de actieve personeelsleden en hun gezinsleden.

Overlijden

Ook bij overlijden van het verplicht of facultatief aangesloten personeelslid blijft de polis in hoofde van de partner en de ongehuwde kinderen, bedoeld in artikel 1.4.2.2., die reeds aangesloten waren bij de polis, automatisch verder lopen.

Verlies van hoedanigheid van verzekerbare persoon als facultatief aangesloten verzekerde

Verzekerden die de hoedanigheid van *verzekerbare persoon* verliezen, kunnen op dat ogenblik bij de *verzekeraar* een individueel contract onderschrijven aan de op dat ogenblik geldende voorwaarden en tarieven, op voorwaarde dat zij al twee jaar zijn aangesloten bij onderhavige overeenkomst of soortgelijke beroep gebonden ziekteverzekerings-overeenkomst die er zonder onderbreking van de verzekeringsdekking aan voorafging. In dit geval zijn er geen wachttijden en zijn voorafbestaande aandoeningen gewaarborgd.

Artikel 10

BETALING VAN DE PREMIE

De *verzekeringsnemer* betaalt voor alle personeelsleden vermeld onder artikel 1.4.1 samen de volledige premie, met inbegrip van alle rechten of taksen die hij de *verzekeraar* verschuldigd is of zal zijn voor deze overeenkomst of de uitvoering ervan. De premie is voor iedere verzekerde volledig verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand van zijn aansluiting, indien de aansluiting gebeurt vóór de 16e van de maand. Er is echter geen premie verschuldigd voor deze maand indien de aansluiting later dan de 15e van de maand gebeurt.

Het personeelslid betaalt voor al zijn **aangesloten gezinsleden** samen de premie, met inbegrip van alle rechten of taksen die hij de *verzekeraar* verschuldigd is of zal zijn voor deze overeenkomst of de uitvoering ervan. De premie is voor iedere *verzekerde* verschuldigd vanaf de maand, bepaald in de 2^e paragraaf van artikel 8 hiervoor, van zijn aansluiting

De premies zijn jaarlijks betaalbaar op de vervaldag. Ze zijn berekend per verzekerde persoon en worden verhoogd met de 10% RIZIV-bijdrage op de verzekeringspremies.

De premies worden vastgelegd als volgt gedurende de eerste drie verzekeringsjaren:

jaarpremie	Netto premie	RIZIV-bijdrage	Totaal
kind - 18	76,78	7,68	€ 84,46
volwassene	153,56	15,36	€ 168,92

Vanaf het vierde verzekeringsjaar, dus vanaf 1 januari 2020, worden de netto premies jaarlijks verhoogd met 3,6%.

De leeftijd die in aanmerking wordt genomen voor het bepalen van de premie is altijd deze op de laatste verjaardag die de premievervaldag voorafgaat. Voor verzekerde kinderen die zich in een situatie van verlengde minderjarigheid bevinden, blijft de premie "kind" van toepassing ongeacht hun werkelijke leeftijd. De *verzekerde* bezorgt aan de *verzekeraar* informatie over de kinderen in deze situatie.

Verzekerden die de hoedanigheid van verzekerbare persoon verliezen, blijven steeds verzekerd tot het einde van het verzekeringsjaar waarin dit feit zich voordoet.

In geval van overlijden wordt het niet verbruikte premiegedeelte terugbetaald (vanaf de eerste van de maand volgend op het overlijden tot aan de volgende vervaldag).

Bij niet-betaling van de premie ontvangt de partij die de premie verschuldigd is een aangetekende brief waarmee hij door de *verzekeraar* in gebreke gesteld wordt. In deze ingebrekestelling maant de *verzekeraar* diegene die de premie verschuldigd is 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 overeenstemmend met de niet-betaalde premies van rechtswege geschorst, dit zowel voor de lopende kosten als voor elke latere gebeurtenis. Bijgevolg vervalt 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. *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 weder inwerkingstelling zijn niet verzekerd.

Vanaf de vijftiende dag volgend op het begin van de schorsing heeft de *verzekeraar* het recht de overeenkomst te beëindigen ten aanzien van de individuele verzekerde, die de premie verschuldigd is en die in gebreke is gebleven betreffende de betaling van de premie. Als diegene die de premie verschuldigd is de *verzekeraar* uitdrukkelijk schriftelijk meedeelt dat hij de betaling van de premies staakt, moet de *verzekeraar* deze aangetekende brief niet versturen.

Artikel 11

VERHAAL VAN DE VERZEKERAAR

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

De *verzekerden* of de *verzekeringnemer* – behalve de gevallen bepaald in de volgende zin - mogen, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de *verzekeraar*, noch volledig noch gedeeltelijk afzien van hun rechten op verhaal ten gunste van wie dan ook. De *verzekeraar* treedt enkel niet in de plaats van de *verzekeringnemer* / de *verzekerde* indien deze laatste in zijn naam reeds een afstand van verhaal heeft gedaan voor het voorvallen van het schadegeval..

Artikel 12

WAAR KAN DE VERZEKERDE TERECHT MET EEN PROBLEEM OF KLACHT?

Als de dossierbeheerder het probleem of de klacht van een *verzekerde* niet kan oplossen, kan deze laatste zich rechtstreeks wenden tot de Ombudsdienst van de maatschappij, Galilleelaan 5 te 1210 Brussel (ombudinsur@belfius-insurance.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). 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 13

NUTTIGE INFORMATIE

Via onderstaande links vindt u nuttige informatie over:

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

Christelijke Mutualiteit

<http://www.cm.be>

Socialistische Mutualiteiten

<http://www.socmut.be>

Onafhankelijke Ziekenfondsen

<http://www.mloz.be>

Liberale Mutualiteit

<http://www.mut400.be>

Belfius Verzekeringen

<http://www.belfius-verzekeringen.be>

Assurcard

<http://www.belfius-verzekeringen.be/assurcard>

Assurpharma

<http://www.assurpharma.be>

Artikel 14

BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

De door de *verzekerden* meegedeelde persoonsgegevens worden door de *verzekeraar* verwerkt voor de volgende doeleinden: risicobehandeling, polissen- en schadebeheer. 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.

In overeenstemming met de Wet van 11 december 1998 beschikken de *verzekerden* over een recht van mededeling en verbetering van hun persoonsgegevens.

Artikel 15

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.