

EEN WOORDJE UITLEG

BEROEPSGEBONDEN

HOSPITALISATIEVERZEKERING

FPD - PPO

ethias

DOEL VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering waarborgt bij hospitalisatie of bij ernstige ziekte, een aanvullende terugbetaling van de kosten die, na aftrek van de wettelijke tegemoetkomingen (mutualiteit ...), nog ten laste blijven van de verzekerden.

De bedoeling bestaat er bijgevolg in, personen of gezinnen die ingevolge de opname in een verpleeginstelling, of door een ernstige ziekte, plots met belangrijke financiële uitgaven geconfronteerd worden, te beschermen.

WIE KAN VAN DEZE VERZEKERING GENIETEN?

1. ALS HOOFDVERZEKERDE

- a) De statutaire personeelsleden in dienst van de aangesloten lokale overheidsdienst.
- b) De contractuele personeelsleden in dienst van de aangesloten lokale overheidsdienst.
- c) De mandatarissen van de aangesloten lokale overheidsdienst die zich aansluiten voor de leeftijd van 66 jaar.

Deze verzekerden kunnen op vrijwillige basis kosteloos van deze verzekering gebruik maken, op voorwaarde dat de lokale overheid of de verzekeringnemer hun premie ten laste van haar begroting brengen.

2. ALS NEVENVERZEKERDE

- a) De in punt 1 vermelde hoofdverzekerden die op rustpensioen worden gesteld vanaf 1 januari 2022 voor zover zij op het moment van hun pensionering instemmen met de ononderbroken voortzetting van hun verzekering.
- b) De echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner met hetzelfde domiciliërsadres van de verzekerden in de punten 1 en 2 a) voor zover de aansluiting gebeurt vóór de leeftijd van 66 jaar.
- c) De kinderen van de in de punten 1, 2 a) en 2 b) vermelde personen waarop de wetgeving inzake kinderbijslag van toepassing is of die, wanneer zij daar geen recht meer op hebben, fiscaal ten laste blijven of gedomicilieerd blijven op hetzelfde adres van de voornoemde personen; de kleinkinderen die ten laste zijn van de hiervoor vermelde personen of die, wanneer dit niet meer het geval is, gedomicilieerd blijven op hetzelfde adres als dat van de titularis(persoon die het recht opent op aansluiting) de kinderen, geplaast onder wettelijke voogdij van de hiervoor vermelde personen.
- d) De kinderen van gescheiden ouders, die ten laste zijn, op voorwaarde dat de hoofdverzekerde allimentatieplichtig is, of in geval van co-ouderschap.
- e) De op 1 januari 2022 reeds gepensioneerde verzekerden, die op die datum aangesloten waren bij de huidige collectieve verzekering van de lokale en provinciale besturen, alsmede hun echtgeno(o)t(e) of daarmee gelijkgestelde partner en hun kinderen die op hun domicilie ingeschreven zijn.

Er wordt gespecificeerd dat bij overlijden van een bij deze polis aangesloten persoon, die het recht tot aansluiting heeft geopend, de echtgenoot (-genote) of daarmee gelijkgestelde partner en zijn/haar kinderen die op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn, van de waarborgen van deze polis genieten, zolang hij/zij niet hertrouwt of een daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.

De hiervoor vermelde verzekerden die na de aanvangsdatum van onderhavige verzekering buiten voormelde aansluitingsmodaliteiten vallen kunnen vanaf de einddatum van hun aansluiting op deze collectieve verzekering samen met hun eventueel aangesloten gezinsleden de continuïteit in hun verzekeringsdekking ten individuele titel bij Ethias verder zetten aan de op dat ogenblik geldende individuele voorwaarden.

KEUZE VAN DE WAARBORGFORMULE

De titularis heeft de keuze tussen twee waarborgformules (zie bepalingen in het hoofdstuk « Draagwijdte van de verzekering hierna »).

- **Basisformule**

Deze formule waarborgt GEEN tussenkomst in de supplementen eigen aan een éénpersoonskamer (er is geen enkele vrijstelling van toepassing in geval een ziekenhuisopname in een twee- of meerpersoonskamer).

- **Uitgebreide formule**

Deze formule voorziet wel in de terugbetaling van de supplementen eigen aan een éénpersoonskamer (er is een vrijstelling van € 250,00 per jaar en per verzekerde van toepassing in geval een ziekenhuisopname in een éénpersoonskamer.).

Opgelet

- De waarborgkeuze van de hoofdverzekerde is automatisch dezelfde voor alle aangesloten gezinsleden.
- Wijziging van waarborgformule:
 1. de titularis die voor de uitgebreide formule heeft gekozen kan vanaf de volgende jaarlijkse vervalddag, op eenvoudig schriftelijk verzoek, overstappen naar de basisformule. Deze verandering van waarborgformule geldt zonder uitzondering voor alle verzekerde gezinsleden;
 2. de titularis die voor de basisformule heeft gekozen kan vanaf de volgende jaarlijkse vervalddag, mits schriftelijk verzoek voor 31 december, overstappen naar de uitgebreide formule. Nochtans zullen de meerwaarborgen van de uitgebreide formule vanaf de eerstvolgende vervalddag niet worden toegestaan:
 - gedurende een periode van drie maanden (behoudens in geval van ongeval);
 - voor bestaande aandoeningen zoals bepaald in de eerste alinea van punt 5. van het hoofdstuk « Draagwijdte van de verzekering » hierna.
- Indien het bestuur de volledige premie voor de uitgebreide dekking voor de hoofdverzekerde betaalt, mag de dekkingsformule voor de verzekerde gezinsleden verschillen van de dekkingsformule van de hoofdverzekerde, maar moet deze voor allen identiek zijn.

AANSLUITINGEN

Men kan op de verzekering inschrijven door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier. Nadat het ingevuld is dient het via de personeelsdienst van de toetredende lokale overheidsdienst overgemaakt te worden aan Ethias.

De nieuwe aangeslotenen zullen van de waarborgen genieten vanaf de in volgende tabel vermelde datum:

Type van aangesloten bestuur	Hoofdverzekerde	Nevenverzekerde
Premie hoofdverzekerden volledig ten laste van het bestuur	Nieuw personeelslid = datum van indiensttreding, op voorwaarde dat de aanvraag tot aansluiting wordt bevestigd binnen de drie maanden hierop volgend. Indien dit niet het geval is, zal de inschrijving ingaan op de eerste dag van de maand volgende op de ontvangst van het aansluitingsformulier Geen nieuw personeelslid = eerste dag van de maand volgend op de ontvangst van het aansluitingsformulier	Van een nieuw personeelslid = datum van indiensttreding Van geen nieuw personeelslid = eerste dag van de maand volgend op de ontvangst van het aansluitingsformulier
Premie hoofdverzekerden niet of gedeeltelijk ten laste van het bestuur	Eerste dag van de maand volgend op de ontvangst van het aansluitingsformulier	Eerste dag van de maand volgend op de ontvangst van het aansluitingsformulier

Een verzekeringsjaar loopt van 1 januari tot 31 december. Personen die in de loop van het verzekeringsjaar toetreden betalen een pro rata premie tot de eerstvolgende 31ste december.

WIJZIGINGEN IN DE GEZINSTOESTAND

Indien er zich wijzigingen voordoen in de samenstelling van het gezin, dienen deze binnen de drie maanden doorgegeven te worden door middel van een nieuw aansluitingsformulier met de vermelding « wijziging in de gezinstoestand ». Alleen wanneer aan deze voorwaarde voldaan is gaan de wijzigingen in op de datum van de gebeurtenis.

OPPENSIENSTELLING

De overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij oppensioenstelling gebeurt zonder onderbreking of enige formaliteit wanneer de betrokkenen hun verzoek tot verderzetting aan Ethias overmaken binnen de drie maanden na de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag van deze verzekeringsovereenkomst.

WEDUWEN EN WEDUWNAARS

Bij overlijden van de hoofdverzekerde of gepensioneerde nevenverzekerde kan de aansluiting op deze verzekering worden verder gezet door zijn/haar reeds aangesloten gezinsleden.

Deze overgang gebeurt zonder onderbreking of enige formaliteit wanneer de betrokkenen hun verzoek tot verderzetting aan Ethias overmaken binnen de drie maanden na de eerstvolgende jaarlijkse vervalddag van deze verzekeringsovereenkomst.

EINDE VAN DE AANSLUITING

Als hoofdverzekerde

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

- het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op schriftelijk verzoek van de hoofdverzekerde aan de toetredende plaatselijke overheidsdienst;
- het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de toetredende plaatselijke overheidsdienst;
- overlijden van de hoofdverzekerde;
- bedrog of poging tot bedrog door de hoofdverzekerde.

De toetredende plaatselijke overheidsdienst verbindt zich ertoe deze wijzigingen over te maken aan Ethias.

Als nevenverzekerde

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

- het vrijwillig beëindigen van de aansluiting op schriftelijk verzoek van de nevenverzekerde aan Ethias;
- het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de toetredende plaatselijke overheidsdienst, behoudens in geval van overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij pensionering;
- overlijden van de nevenverzekerde;
- bedrog of poging tot bedrog door de nevenverzekerde;
- opzegging door Ethias ingevolge niet-betaling van de verzekeringspremie.

In geval van hierboven voornoemde beëindiging of schending van de overeenkomst of van de (statutaire) arbeidsvoorwaarden en indien de gezinsleden niet langer voldoen aan de criteria van nevenverzekerden zoals hierboven vermeld, de verzekering van kracht blijft, ongeacht de datum van kennisgeving van beëindiging, en de premie verschuldigd blijft tot 31 december van het lopende verzekeringsjaar, indien de verzekerde dit wenst.

Indien de verzekerde zijn aansluiting voortijdig wenst te beëindigen, dient hij Ethias binnen een maand na deze gebeurtenis in schriftelijk in kennis te stellen.

DRAAGWIJDTE VAN DE VERZEKERING

1. TOEPASSINGSGEBIED BASISFORMULE

A. In het geval van een ziekenhuisopname

Bij ziekenhuisopname, wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt Ethias, binnen de grenzen bepaald in het hoofdstuk « Omvang van de waarborg » (zie hierna), de verzorgingskosten terug, voor zover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling.

1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn ondermeer gewaarborgd:
 - a) de verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een tweepersoonskamer. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat bij een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen, in deze basisformule enkel de officiële ligdagprijs wordt vergoed. De extra verblijfskosten bovenop de officiële ligdagprijs worden niet gewaarborgd;

- b) de kosten voor medische prestaties, de erelonen en ereloonsupplementen. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de toeslagen op de erelonen of de ereloonsupplementen ten gevolge van een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen niet worden gewaarborgd in deze basisformule;
 - c) de kosten voor paramedische prestaties;
 - d) de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
 - e) de kosten voor chirurgie- en anesthesie ;
 - f) de kosten voor het gebruik van een operatiekamer of een 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 kosten van plastische chirurgie om te herstellen van een verzekerde ziekte of ongeval.
- 2) ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
- a) de kosten van viscerosynthese en endoprothese;
 - b) de kosten voor de niet-herbruikbare materialen die gebruikt werden tijdens een chirurgische ingreep;
 - c) de niet-vergoedbare of onder categorie « D » in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
 - d) de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - e) 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 verkrijgbaar is;
 - f) de kosten voor:
 - ~ aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis;
 - ~ aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord door medische redenen;
 - ~ 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 minderjarig kind n met inbegrip van verlengde minderjarigheid (rooming-in);
 - i) de verblijfskosten in een eenheid voor palliatieve zorg;
 - j) de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur aangerekend worden;
 - k) voorgeschreven medische behandelingen als: massage, elektrotherapie, mecanotherapie, fysiotherapie, diathermie, radiotherapie, ultrageluiden, enz;
 - l) IVF-behandelingen.

B. Pre- en posthospitalisatie

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

- 1) Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn tijdens deze periode ondermeer 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 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;

- f) de medische- en verzorgingskosten in revalidatiecentra;
 - g) de kosten voor medische verzorging van de donor, die in rechtstreeks verband staan met een transplantatie ten behoeve van een gehospitaliseerde verzekerde;
 - h) de kosten voor geneesmiddelen.
- 2) Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
- a) de niet-vergoedbare of onder categorie « D » in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
 - b) de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - c) de kosten van de verbanden en van het medisch materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is.

C. In het geval van een « ernstige ziekte »

Bij volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, differitis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinales, pokken, tyfus (buiktyfus, paratyfus en vlektyfus), encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, de ziekte van Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, rode hond, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, mucoviscidose, lymfogranulomatose, pancreatitis, ziekte van Alzheimer, progressieve spierdystrofie, malaria, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, scrofulose, brucellose en sclérodemie wordt de verzekering bovendien uitgebreid tot de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

- 1) Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV zijn ondermeer gewaarborgd:
 - a) de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
 - b) de kosten voor paramedische prestaties;
 - c) de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
 - d) de kosten voor het huren van allerlei materiaal;
 - e) de geneesmiddelen.
- 2) Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, zijn eveneens gewaarborgd:
 - a) de niet-vergoedbare of onder categorie « D » in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
 - b) 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;
 - c) de homeopatische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur;
 - d) de vervoerskosten;
 - e) alle andere kosten waarmee Ethias vooraf heeft ingestemd.
 - f) De kosten voor pruiken, uitwendige borstprothesen.

D. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kosten na de bevalling

Deze verzekering is eveneens van toepassing op de medische kosten voor thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp. In voorkomend geval zijn de waarborgen vermeld in het hoofdstuk « pre- en posthospitalisatie » onder punt B. hiervoor, eveneens verworven, met inbegrip van de medische kosten voor de pasgeborene.

Bovendien is de waarborg van deze verzekering, binnen de grenzen voorzien in punt 3. hierna, eveneens van toepassing op de kosten die aansluitend op de bevalling door een erkende kraamzorginstelling in rekening worden gebracht voor de zorg die thuis aan de moeder, de pasgeborene en het gezin door een bevoegde kraamverzorger wordt verstrekt.

E. Extramuraal oogheelkunde

Deze verzekering geldt ook voor medische kosten voor cataractchirurgie met monofocale of bifocale implantaten, uitgevoerd in de praktijk van een oogarts die voldoet aan alle wettelijke eisen om dit soort operaties uit te voeren.

(*) *Definities*

- a) « Ziekenhuis »: 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.
- b) « Ziekenhuisopname »: elk medisch noodzakelijk verblijf in een verpleeginrichting 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 effectief gebruik wordt gemaakt van de operatiezaal of van de gipskamer of er effectief een hospitaalbed gebruikt is met uitsluiting van verblijf in de wachtkamers, de onderzoekkamers en de ruimte voor externe consultatiediensten van het ziekenhuis;
 - het over prestaties gaat in het kader van maxiforfait, dagziekenhuisforfait (groepen 1 tot en met 7), forfaits chronische pijn opgenomen in de Nationale overeenkomst tussen de Verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen alsook voor de volgende situaties van daghospitalisatie:
 - elke toestand waarin dringende verzorging noodzakelijk is en die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt;
 - voor elke toestand waarin, op voorschrift van de behandelende arts, een effectief medisch toezicht wordt uitgeoefend omwille van de toediening van een geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus. De loutere toediening van een oplossing van zouten of suikers als waakinfuus en het spoelen van een poortkatheter valt niet onder deze omschrijving.

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 dienstverlener er vóór het begin van de behandeling in toegestemd heeft.

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

2. UITGEBREIDE FORMULE

De waarborgen van de uitgebreide formule zijn identiek als deze van de basisformule uitgebreid met de terugbetaling van de toeslagen aangerekend voor zowel de verblijfskosten als de erelonen of ereloonsupplementen bij een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen.

3. OMVANG VAN DE WAARBORG

- A. Per prestatie zoals bepaald onder punt 1 en 2 hiervoor waarborgt onderhavige verzekering de terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg, tot het drievoud van de bedragen der wettelijke tegemoetkomingen.
- B. Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend (de punten 1.A.2, 1.B.2 en 1.C.2) geldt een tussenkomst tot 3 000,00 euro per persoon en per kalenderjaar met dien verstande dat:
- de terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind ten laste beperkt is tot 50,00 euro per nacht;
 - de tussenkomst in de verblijfskosten van een donor beperkt is tot 2 000,00 euro;
 - de vervoerskosten bij ernstige ziekten (punt 1.C.2.d) worden gewaarborgd tot een globaal plafond van 250,00 euro per persoon en per kalenderjaar.
- C. Voor hospitalisatie ingevolge een psychische, psychiatrische of mentale aandoening, is onze tussenkomst per verzekerde verworven gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van 36 maanden te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.
- D. De tussenkomst voor kraamhulp wordt verleend gedurende een periode van ten hoogste twaalf dagen aansluitend op het ontslag uit het ziekenhuis of de thuisbevalling en tot maximum 620,00 euro.
- E. Een bijdrage van 50% van de kosten tot een maximum van 1.250,00 eur per persoon per kalenderjaar voor homeopathische, acupunctuur-, osteopathische of chiropractische behandeling door een erkende specialist, indien er voor deze diensten geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien.
- F. De tussenkomst inzake extramuraal oogheelkunde (punt 1.E.) is ongeacht het type lensimplantaat, de tegemoetkoming van het ziekenfonds en de omvang van het bedrag ten laste van de patiënt, gewaarborgd tot 600,00 euro per persoon, per ingreep.

- G. De vrijstelling is bepaald op 250,00 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

Deze vrijstelling is evenwel slechts van toepassing 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 punt 1.C. hiervoor. Wanneer de vrijstelling van toepassing is op een ononderbroken ziekenhuisopname gespreid over twee opeenvolgende kalenderjaren zal Ethias slechts éénmalig de vrijstelling toepassen.

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.

4. WACHTTIJD

De wachttijd is de periode die ingaat op de dag van de aansluiting en gedurende dewelke Ethias geen enkele uitkering verschuldigd is.

A. De hoofdverzekerden, waarvan de premie volledig ten laste is van de aangesloten lokale overheidsdienst

Zij treden toe door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier.

Er is geen wachttijd, medische vragenlijst of medisch onderzoek.

Deze regeling geldt zowel voor de hoofdverzekerden in dienst op de aanvangsdatum van deze verzekeringsovereenkomst als voor de later in dienst tredende hoofdverzekerden, op voorwaarden dat de aanvraag tot aansluiting wordt bevestigd binnen de drie maanden volgende op de datum van indiensttreding. Indien dit niet het geval is, zijn de bepalingen van alinea B, punten 1.,2.,3. en 4 hieronder van toepassing.

B. De hoofdverzekerden, waarvan de premie niet of slechts gedeeltelijk ten laste is van de lokale overheidsdienst en alle nevenverzekerden

Zij treden toe door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier.

De waarborg begint te lopen vanaf de eerste dag van de maand volgend op het overmaken van dit formulier.

Er is geen medische vragenlijst of medisch onderzoek.

1. De wachtermijn is DRIE MAANDEN.
2. Deze wachtermijn vervalt evenwel:
 - a) voor de verzekerden van nieuw toegetreden locale of provinciale besturen, voor zover zij hun aansluiting bevestigen binnen de drie maanden na de toetreding van het nieuwe bestuur tot onderhavige collectieve verzekering;
 - b) voor nieuw in dienst tredende hoofdverzekerden en hun gezin, voor zover de aansluiting plaats vindt binnen de drie maanden na de gebeurtenis;
 - c) bij ongeval;
 - d) bij volgende acute of besmettelijke 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;
 - e) in geval van huwelijk voor de echtgeno(o)t(e) of de samenwonende (vanaf het samenwonen) en bij 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.
3. Zonder afbreuk te doen aan de in punt 1. hiervoor voorziene wachtermijn van drie maanden, is de tussenkomst van Ethias voor de kosten in verband met een zwangerschap of een bevalling ondergeschikt aan de voorwaarde dat de zwangerschap begon na de aanvangsdatum van de waarborg ten aanzien van de begunstigde persoon.
4. In afwijking van punt 1. en 3. hiervoor, wordt wachtermijn afgeschaft voor de personen die reeds van een verzekering genoten dewelke analoge voordelen waarborgt als onderhavige polis, en voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de aansluiting bij de vorige verzekering en dat er geen onderbreking van dekking tussen de twee contracten is. Bovendien, wanneer de vraag tot tussenkomst betrekking heeft op kosten in verband met een zwangerschap of bevalling, zijn de prestaties van Ethias in het kader van onderhavige polis ondergeschikt aan de voorwaarden dat de zwangerschap begon na de aansluiting van de begunstigde bij de vorige verzekering.

Wat te doen indien men reeds over een dergelijke verzekering beschikt?

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

Er mag nochtans geen onderbreking zijn in de verzekering.

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.

5. BESTAANDE AANDOENINGEN

- a) De in punten 1. en 2. bedoelde tegemoetkomingen worden 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.
- b) In afwijking van punt a) hiervoor is de bestaande aandoening, de ziekte, het ongeval, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling, die zonder onderbreking reeds is gewaarborgd door een verzekering dewelke gelijke voordelen waarborgt als onderhavige verzekeringsovereenkomst, gewaarborgd voor de personen die vanaf de datum dat zij in aanmerking komen voor een facultatieve aansluiting op deze verzekering, de overstap naar onderhavige polis bevestigen binnen de drie maanden na de eerstvolgende vervaldag van de vorige verzekering.

Gebeurt de overstap later dan drie maanden na de eerstvolgende vervaldag van de vorige verzekering, zijn de bepalingen van punt a) hiervoor onverkort van toepassing.

6. UITSLUITINGEN

Zijn van de verzekering uitgesloten, prestaties voortkomend uit:

1. een ongeval of een ziekte die niet door een medisch onderzoek kan worden vastgesteld;
2. esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheekunde ingevolge een ziekte of een in aanmerking genomen ongeval worden wel ten laste genomen;
3. ziekten of ongevallen overkomen aan de verzekerde:
 - 3.1 in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij:
 - wordt bewezen dat er geen causaal verband is tussen de ziekte of het ongeval en de omstandigheden ervan;
 - de verzekerde het bewijs levert dat hij drank of verdovende middelen door onwetendheid heeft gebruikt of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 - 3.2 t.a.v. alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
4. sterilisatie, anticonceptieve behandeling, tenzij om dringende medische redenen;
5. thermale kuren behalve om dringende medische redenen;
6. 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;
7. beoefening van vliegsporten of sporten met gebruik van motorrijtuigen, alsmede de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport;
8. een door de verzekerde gestelde opzettelijke daad, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of van goederen betreft, een door de verzekerde gepleegde misdaad of misdrijf, roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
9. een schade voortvloeiend uit het gebruik van kernenergie die valt onder de toepassing van de Conventie van Parijs (wet van 22 juli 1985) of alle andere wettelijke bepalingen die deze wet zouden vervangen, wijzigen of aanvullen;
10. vrijwillige verminking of zelfmoordpoging;
11. een ongeval, waarbij de verzekerde deel uitmaakt van de bemanning van een luchtvaartuig, of tijdens de vlucht beroeps- of andere activiteiten verricht in verband met het toestel of de vlucht.

7. TERRITORIALE GRENZEN

De verzekering is van toepassing in de ganse wereld.

Er zijn echter landen waarmee de Belgische mutualiteiten geen terugbetalingsovereenkomsten gesloten hebben. In dat geval zal Ethias, bij een gewaarborgde ziekte of ongeval, overkomen aan een verzekerde in één van deze landen, tussenkomen alsof de ziekte of het ongeval zich in België zou voorgedaan hebben. Er wordt bijgevolg rekening gehouden met een fictieve terugbetaling door de mutualiteit (ziekte- en invaliditeitsverzekering – afdeling Gezondheidszorg – stelsel van de werknemers).

8. HET BEHEER VAN UW HOSPITALISATIEVERZEKERING

Ethias werkt samen met MedExel voor het beheer van uw hospitalisatieverzekering.

Medische kosten met een prestatiedatum vanaf 1 januari 2022 dienen te worden overgemaakt aan MedExel.

Vragen in verband met uw aansluiting of een terugbetaling kan u telefonisch stellen op het nummer 02 44 44 906 (werkdagen van 9u tot 16u) of via email ethias@medexel.be.

Vermeld uw aansluitingsnummer: dit nummer begint met 009 en vindt u terug op de kleefbriefjes in uw MedExel-welkomstpakket, op uw AssurCard-kaart en in uw My MedExel-account.

Via het digitaal platform My MedExel kan u, tenzij u MedExel heeft laten weten dat u geen gebruik wenst te maken van My MedExel en dat u uw documenten met betrekking tot uw schadeafhandeling per post wil ontvangen:

- een detailoverzicht van de terugbetalingen vinden;
- een nieuwe AssurCard aanvragen;
- een nieuwe Assurpharma kaart aanvragen;
- een overzicht van de beschikbare documenten vinden (formulieren « Aangifte bij hospitalisatie of ongeval », « Bewijs van consultatie - onkostenstaat », « Melding van verandering » en kostenformulier).
- In de Ebox elektronische briefwisseling van MedExel voor u bestemd raadplegen;
- informatie bezorgen aan MedExel, waaronder medische kosten indienen;
- kleefbriefjes aanvragen.

Hoe maak ik een account aan op het digitaal platform My MedExel?

- Surf naar de website van MedExel.
- Klik op « Nog geen account? »
- Vul de volgende gegevens in op het identificatiescherm:
 - uw MedExel-klantnummer = uw aansluitingsnummer. Dit nummer begint met 009 en vindt u terug op de kleefbriefjes in uw MedExel-welkomstpakket en op uw AssurCard-kaart;
 - uw token u via brief door MedExel bezorgd.
- Op het volgende inlogscherm voert u uw e-mailadres in en kiest u een wachtwoord.
- Nadien zal u kunnen inloggen met dit e-mailadres en het door u gekozen wachtwoord.

Hoe doe ik aangifte?

Wat in geval van een ziekenhuisopname?

Derdebetalersysteem (AssurCard)

Wat betekent een derdebetalersysteem?

- Het ziekenhuis zendt de ziekenhuisfactuur voor de hospitalisatie rechtstreeks aan MedExel.
- MedExel betaalt de ziekenhuisfactuur aan het ziekenhuis.
- MedExel zal de op de ziekenhuisfactuur vermelde niet-verzekerde kosten recupereren bij de verzekerde.

Wanneer is het derdebetalersysteem voorzien?

- In geval van een hospitalisatie in een Belgisch ziekenhuis aangesloten bij AssurCard
 - STAP 1: Doe aangifte op één van de volgende manieren, maximaal 1 week voorafgaand aan de opnamedatum en ten laatste op de opnamedatum:
 - via de AssurCard-kiosk in het ziekenhuis: kies voor MedExel;
 - via de website of de app van AssurCard:
 - ~ kies voor MedExel;
 - ~ er wordt gevraagd naar uw kaartnummer: dit nummer begint met 009 (deze 3 eerste cijfers zijn online reeds ingevuld) en vindt u terug op de kleefbriefjes in uw MedExel-welkomstpakket, op uw AssurCard-kaart en in uw My MedExel-account;

- telefonisch op het telefoonnummer 02 44 44 906 - het nummer staat vermeld op uw AssurCard-kaart (werkdagen van 9u tot 16u).
- U krijgt dadelijk bevestiging van de opening en aanvaarding van uw dossier.
- STAP 2: Toon op de opnamedatum uw AssurCard-kaart bij inschrijving aan de opnamebalie van het ziekenhuis.

Voor schadegevallen zonder derdebetalersysteem

- Een voorafgaande aangifte is niet nodig.

Welke informatie te bezorgen na het einde van de hospitalisatie?

- Uw rekeningnummer waarop de terugbetaling van de verzekerde kosten mag worden gestort indien dit gewijzigd is ten aanzien van de laatste terugbetaling die u ontving in het kader van het lopende hospitalisatiecontract. Maak in dit geval gebruik van het formulier « Melding van verandering ».
- Het ingevulde kostenformulier (bij elke verzending van kosten).
- De originele ziekenhuisfactuur en het ingevulde formulier « Aangifte bij hospitalisatie of ongeval ».
- Voor ambulante medische prestaties (consultaties, raadplegingen, kine, ...):
 - medische prestaties buiten de periode van de verzekerde hospitalisatie, met rechtstreeks verband met de oorzaak ervan, die medisch noodzakelijk zijn (pre- en posthospitalisatiekosten);
 - attest van tussenkomst in de geneeskundige verstrekkingen door het ziekenfonds, bestemd voor MedExel;
 - indien het werkelijk betaalde bedrag niet op het getuigschrift voor verstrekte hulp staat: laat het formulier « Bewijs van consultatie – onkostenstaat » invullen.
- Voor geneesmiddelen
 - Uw apotheker scant uw AssurPharma-kaart bij aankoop van geneesmiddelen. Gelieve de kaart enkel te gebruiken voor de aankoop van geneesmiddelen waarvoor een terugbetaling voorzien is in de polis (pre- en posthospitalisatieverzorging en ernstige ziekten).
 - Dan hoeft u niets te doen. De BVAC-attesten worden digitaal aan MedExel bezorgd.
 - De apotheker bezorgt u een verzendingsbewijs met een unieke code die u kan gebruiken bij vragen over de terugbetaling van deze apothekerskosten.
 - Indien uw apotheker geen gebruik heeft gemaakt van de AssurPharma-kaart: u bezorgt de kwijtschriften van de apotheker (BVAC-attest) aan MedExel.

Wat in geval van de waarborg ambulante verzorging in het kader van een ernstige ziekte?

- Bij het diagnosticeren van een ernstige ziekte kan aangifte worden gedaan op één van de volgende manieren:
 - via het digitaal platform My MedExel;
 - via mail aan ethias@medexel.be:
 - vermeld uw aansluitingsnummer: dit nummer begint met 009 en vindt u terug op de kleefbriefjes in uw MedExel-welkomstpakket, op uw AssurCard-kaart en in uw My MedExel-account.
- MedExel zal een medisch attest opvragen.

Hoe en wanneer deze informatie en kosten te bezorgen?

- U registreerde zich via het digitaal platform My MedExel: laad er de voormelde en ingevulde formulieren en de verdere bewijsstukken op via de rubriek Contact / Dossier indienen.
- Indien u ervoor koos geen gebruik te maken van My MedExel
 - via mail aan ethias@medexel.be:
 - vermeld uw aansluitingsnummer: dit nummer begint met 009 en vindt u terug op de kleefbriefjes in uw MedExel-welkomstpakket en op uw AssurCard-kaart.
 - voeg de voormelde en ingevulde formulieren, evenals de verdere bewijsstukken, toe als bijlage bij uw mail;
 - via brief t.a.v. MedExel, Louis Mettwielaan 74-76, 1080 Brussel:
 - vermeld uw aansluitingsnummer: dit nummer begint met 009 en vindt u terug op de kleefbriefjes in uw MedExel-welkomstpakket en op uw AssurCard-kaart;
 - stuur de voormelde en ingevulde formulieren, evenals de verdere bewijsstukken, op. Neem een kopie of scan voor uzelf.

Hoe krijgt u bericht over een terugbetaling?

- U registreerde zich via het digitaal platform My MedExel:
 - na elke terugbetaling ontvangt u een gedetailleerd overzicht via My MedExel;
 - u krijgt hiertoe een melding per e-mail met link naar My MedExel.
- U koos ervoor briefwisseling van MedExel op papier te ontvangen:
 - na elke terugbetaling ontvangt u een brief van MedExel.

Binnen welke termijn wordt er terugbetaald?

MedExel garandeert een doorlooptijd van maximaal 15 werkdagen.

- Doorlooptijd = de tijd tussen de ontvangst door MedExel van het volledige schadedossier.

9. PREMIE

Deze verzekering kan afgesloten worden tegen betaling van een jaarpremie per verzekerde persoon (taksen inbegrepen), vastgesteld als volgt:

A. Vlaamse overheidsdiensten onderworpen aan de omzendbrief BA 2000/14 inzake het sectoraal akkoord voor het personeel van de lokale besturen en andere lokale overheidsdiensten die de premie van de hoofdverzekerden volledig ten laste nemen

Premies ten laste van het bestuur		Het bestuur kiest voor de basisformule		Het bestuur kiest voor de uitgebreide formule	
Per hoofdverzekerde tot en met 20 jaar		36,99 EUR		67,43 EUR	
Per hoofdverzekerde vanaf 21 tot en met 49 jaar		85,00 EUR		160,69 EUR	
Per hoofdverzekerde vanaf 50 tot en met 66 jaar		152,85 EUR		303,36 EUR	
Premies ten laste van de verzekerden	De titularis wenst voor alle aangeslotenen van zijn gezin de basisformule	De titularis wenst voor alle aangeslotenen van zijn gezin de uitgebreide formule	De titularis wenst voor alle aangeslotenen van zijn gezin de basisformule	De titularis wenst voor alle aangeslotenen van zijn gezin de uitgebreide formule	
Per hoofdverzekerde tot en met 20 jaar	0,00 EUR	30,44 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	
Per hoofdverzekerde vanaf 21 tot en met 49 jaar	0,00 EUR	75,69 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	
Per hoofdverzekerde vanaf 50 tot en met 66 jaar	0,00 EUR	150,51 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	
Per nevenverzekerde tot en met 20 jaar	36,99 EUR	67,43 EUR	36,99 EUR	67,43 EUR	
Per nevenverzekerde vanaf 21 tot en met 49 jaar	85,00 EUR	160,69 EUR	85,00 EUR	160,69 EUR	
Per nevenverzekerde vanaf 50 tot en met 66 jaar	152,85 EUR	303,36 EUR	152,85 EUR	303,36 EUR	
Per nevenverzekerde vanaf 67 jaar	356,09 EUR	695,36 EUR	356,09 EUR	695,36 EUR	

B. Andere plaatselijke overheidssdiensten die de premie van de hoofdverzekerden niet of niet volledig ten laste nemen

	Basisformule	Uitgebreide formule
Per hoofd- of nevenverzekerde tot en met 20 jaar	36,99 EUR	67,43 EUR
Per hoofd- of nevenverzekerde vanaf 21 tot en met 49 jaar	85,00 EUR	160,69 EUR
Per hoofd- of nevenverzekerde vanaf 50 tot en met 66 jaar	152,85 EUR	303,36 EUR
Per nevenverzekerde vanaf 67 jaar	356,09 EUR	695,36 EUR

PREMIEAFREKENING

De hoofdverzekerden

De globale premie wordt aangerekend aan de toegetreden plaatselijke overheidssdienst, indien deze door haar ten laste wordt genomen. Indien de toegetreden plaatselijke overheidssdienst de premie of een gedeelte van de premie niet ten laste neemt, wordt de facturatie door Ethias geheel of gedeeltelijk individueel aangeboden aan de betrokken verzekerde.

De nevenverzekerden

Ethias staat in voor de rechtstreekse en individuele inning van de premie bij de nevenverzekerden, voor zover zij zelf voor de volledige premie dienen in te staan.

Het deel van de premie dat desgevallend door de toegetreden plaatselijke overheidssdienst ten laste wordt genomen, wordt globaal aan deze overheidssdienst aangerekend.

Op verzoek van een toegetreden plaatselijke overheidssdienst kan worden overeengekomen dat de facturatie, ook voor de nevenverzekerden door bemiddeling van de plaatselijke overheidssdienst zal worden voldaan.

BIJKOMENDE INLICHTINGEN

Deze tekst heeft een zuiver informatief karakter en tracht enkel een overzicht te geven van de bepalingen die vermeld staan in de collectieve verzekeringsovereenkomst tussen de ondertekenaar en Ethias. In dit geval van welke betwisting ook, zullen enkel de voorwaarden van de ondertekende polis geldig zijn.

Verklarende nota

RECHT OP INDIVIDUELE VOORTZETTING VAN EEN COLLECTIEVE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST

1. DEFINITIE

Behalve in geval van niet-betaling van de premie of in geval van bedrog, heeft elke persoon die bij een collectieve verzekering is aangesloten 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, ontslag, pensioen, ...),

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.

2. VOORWAARDEN

Om dit recht op individuele voortzetting te kunnen uitoefenen moet de verzekerde gedurende de twee jaren die aan het verlies van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten.

3. PROCEDURE EN TERMIJNEN

De verzekeringnemer van de collectieve verzekering of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, 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 schrijven beschikt de verzekerde over een termijn van dertig dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn voornemen om de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst individueel verder te zetten. Deze termijn kan met dertig dagen worden verlengd en aldus op zestig dagen worden gebracht, op voorwaarde dat de verzekeraar daarvan schriftelijk of elektronisch in kennis wordt gesteld.

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 dan wel elektronisch te aanvaarden.

4. BIJZONDER GEVAL VAN VOORTZETTING VAN DE VERZEKERING DOOR DE LEDEN VAN HET GEZIN

De leden van het gezin van de hoofdverzekerde kunnen ook het recht op individuele voortzetting 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 betrokken verzekerde over een termijn van 105 dagen te rekenen vanaf het tijdstip waarop hij voornoemd 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.

5. PREFINANCIERING VAN DE INDIVIDUELE VERDERZETTING

Bij de berekening van de premie voor de individueel voortgezette verzekering wordt rekening gehouden met de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting.

Verzekerden hebben tijdens de periode dat zij bij een collectieve polis zijn aangesloten echter de mogelijkheid om een prefinancieringsplan af te sluiten. Als de verzekerde zo'n plan afsluit, zal zijn leeftijd bij de start van de prefinanciering de basis vormen voor de premiebepaling wanneer de individuele voortzetting aanvangt.

Ethias commercialiseert dit soort producten niet.

ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBESCHERMING

BESCHERMING VAN DE PERSOONSGEGEVENS

Om de nieuwe GDPR-regelgeving ter bescherming van uw persoonsgegevens toe te passen engageert Ethias zich ten volle tot het respecteren van uw rechten ter zake.

Zo verzamelt Ethias, als verwerkingsverantwoordelijke, uw persoonsgegevens voor de volgende doeleinden: beheer van klantenbestanden, risicobeoordeling, contract- en schadebeheer, promotie- en getrouwheidsacties, tevredenheidsonderzoeken, prospectie en profilering, opstelling van statistieken en actuariële studies, uitoefening van verhaal, klachten- en geschillenbeheer, uitvoering van de geldende wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen en fraudebestrijding.

Ethias verwerkt uw gegevens op basis van de volgende rechtsgronden:

- om te voldoen aan alle wettelijke en bestuursrechtelijke verplichtingen waaraan zij onderworpen is;
- in het kader van de uitvoering van uw overeenkomsten of het nemen van precontractuele maatregelen op uw verzoek;
- voor de behartiging van haar gerechtvaardigde belangen, waaronder in de eerste plaats:
 - de fraudebestrijding;
 - kennis van haar klanten en prospecten, om hen te informeren over haar activiteiten, producten en diensten;
 - de correcte uitvoering van de door haar verzekerden gesloten overeenkomsten;
 - de bescherming van haar eigen belangen en die van haar verzekerden.

In al deze gevallen ziet Ethias erop toe dat er een billijk evenwicht wordt bewaard tussen deze gerechtvaardigde belangen en het respect voor uw privéleven;

- indien van toepassing, wanneer zij uw toestemming heeft verkregen.

Deze gegevens kunnen zo nodig aan de volgende categorieën van ontvangers worden meegedeeld:

- uw adviseurs (advocaten, deskundigen, raadgeeneesheren, ...);
- de medewerkers en adviseurs van Ethias;
- de andere entiteiten van de groep, hun medewerkers en adviseurs;
- de gegevensverwerkers van welke aard dan ook (IT en anderen), en commerciële partners van Ethias;
- alle dienstverleners die betrokken zijn bij de uitvoering van overeenkomsten en de afwikkeling van schadegevallen;
- banken, verzekerings- en herverzekeringsondernemingen, makelaars en regelingskantoren;
- overheidsinstanties en -organen (politie, justitie, sociale zekerheid, ...);
- de toezichthoudende autoriteiten en de Ombudsman van de Verzekeringen.

Ons Privacycharter geeft u meer gedetailleerde informatie over de ontvangers in kwestie.

Ethias bewaart uw persoonsgegevens slechts voor de tijd die nodig is voor de verwerking waarvoor ze werden verzameld. Dit houdt in dat de verwerkte gegevens worden bewaard gedurende de gehele looptijd van uw verzekeringsovereenkomst(en), van de schadegeval(len), de wettelijke verjaringstermijn en eventuele andere bewaartermijnen die door toepasselijke wet- en regelgeving worden opgelegd. De bewaartermijn varieert naargelang de aard van de gegevens en de regelgeving.

U hebt toegang tot uw persoonsgegevens en kunt deze laten verbeteren door middel van een gedateerd en ondertekend verzoek, vergezeld van een recto-verso kopie van uw identiteitskaart, gericht aan:

Ethias

Data Protection Officer

Rue des Croisiers 24

4000 Luik

DPO@ethias.be

U kunt zich te allen tijde kosteloos verzetten tegen het gebruik van uw gegevens voor commerciële prospectie en/of direct marketing.

Bovendien biedt de GDPR-verordening u, in bepaalde zeer specifieke gevallen, de mogelijkheid om een beperking van de verwerking te vragen, een kopie van uw gegevens te krijgen (recht op overdraagbaarheid) en te vragen om de gegevens te wissen. Dit recht om gegevens te wissen is echter niet absoluut. Voor meer informatie over de uitoefening van uw rechten verwijzen wij u naar het Privacycharter dat beschikbaar is op de website www.ethias.be. Iedere klacht kan tot slot worden gericht aan:

Gegevensbeschermingsautoriteit

Drukpersstraat 35

1000 Brussel

Tel.: +32 2 274 48 00

www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

VERWERKING VAN GEGEVENS DIE VERBAND HOUDEN MET DE GEZONDHEID EN/OF ANDERE GEVOELIGE GEGEVENS

Door het onderschrijven van deze polis, geeft u toestemming aan Ethias voor de verwerking van gegevens die verband houden met uw gezondheid en deze van de minderjarige kinderen waarover u het ouderlijk gezag uitoefent, evenals voor de verwerking van de andere gevoelige gegevens bedoeld in artikel 9 GDPR en dit, wanneer zij noodzakelijk zijn voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, voor het beheer ervan, voor het beheer van de schadegevallen waarbij u of uw kinderen zijn betrokken, alsook voor de strijd tegen verzekeringsfraude. U geeft eveneens uw toestemming voor een eenzijdig medisch onderzoek bij een schadegeval.

Deze gegevens zullen met de grootst mogelijke discretie worden verwerkt en uitsluitend door hiertoe geautoriseerde personen. De verplichtingen van Ethias op dit vlak worden gedetailleerd in de clause « Bescherming van de persoonsgegevens » die u hierboven kunt lezen.

Deze toestemming kan op elk ogenblik worden ingetrokken maar dit zal op geen enkele manier de reeds uitgevoerde verwerkingen van gegevens kunnen ongeldig maken. Bovendien kan in dit geval Ethias zich in de onmogelijkheid bevinden om een gevolg te geven aan uw vraag om een contract te sluiten of te worden vergoed voor een schadegeval(len).

VOOR MEER INFORMATIE

MedExel
Louis Mettwielaan 74-76
1080 Brussel
Tel 02 44 44 906
ethias@medexel.be

Ethias nv rue des Croisiers 24 4000 Luik www.ethias.be info@ethias.be

Verzekeringsonderneming toegelaten onder het nr. 0196 voor de beoefening van alle verzekeringstakken Niet-Leven, de levensverzekeringen, de bruidsschats- en geboorteverzekeringen (KB van 4 en 13 juli 1979, BS van 14 juli 1979) alsook de kapitalisatieverrichtingen (Beslissing CBFA van 9 januari 2007, BS van 16 januari 2007)

RPR Luik BTW BE 0404.484.654 Rekening Belfius Bank: BE72 0910 0078 4416 BIC: GKCCBEBB