



BESTEK

VOOR DE OVERHEIDSOPDRACHT VOOR

DIENSTEN

MET ALS VOORWERP

"HOSPITALISATIEVERZEKERING"

OPENBARE PROCEDURE

Bijzonder bestek: SFPD/S2000/2025/03

Aanbestedende overheid

Federale Pensioendienst

## INHOUDSOPGAVE

|           |                                                                 |          |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|----------|
| <b>A.</b> | <b>AFWIJKINGEN VAN DE ALGEMENE UITVOERINGSREGELS (AUR)</b>      | <b>5</b> |
| <b>B.</b> | <b>ADMINISTRATIEVE CLAUSULES</b>                                | <b>6</b> |
| 1.        | VOORWERP VAN DE OPDRACHT                                        | 6        |
| 2.        | AANBESTEDENDE OVERHEID                                          | 6        |
| 3.        | OPDRACHTENCENTRALE                                              | 6        |
| 3.1.      | <i>Klanten/intekenaars</i>                                      | 6        |
| 4.        | RAAMOVEREENKOMST                                                | 7        |
| 5.        | HOEVEELHEDEN                                                    | 7        |
| 5.1.      | <i>Maximale hoeveelheid</i>                                     | 7        |
| 5.2.      | <i>Vermoedelijke hoeveelheden / Raming van de opdracht</i>      | 7        |
| 5.3.      | <i>Raming van de klanten</i>                                    | 8        |
| 6.        | PERCELEN                                                        | 8        |
| 7.        | DUUR VAN DE OPDRACHT                                            | 8        |
| 8.        | VROEGTIJDIGE OPZEGGING VAN DE RAAMOVEREENKOMST                  | 9        |
| 9.        | VERVOLGOPDRACHTEN                                               | 9        |
| 10.       | DOCUMENTEN VAN TOEPASSING OP DE OPDRACHT                        | 10       |
| 10.1.     | <i>Wetgeving</i>                                                | 10       |
| 10.2.     | <i>Opdrachtdocumenten</i>                                       | 10       |
| 11.       | INDIENING VAN DE OFFERTES                                       | 10       |
| 11.1.     | <i>Indieningsrecht en indieningswijze van de offertes</i>       | 10       |
| 11.2.     | <i>Wijziging of intrekking van een reeds ingediende offerte</i> | 11       |
| 12.       | OFFERTES                                                        | 11       |
| 12.1.     | <i>In de offerte te vermelden gegevens</i>                      | 11       |
| 12.2.     | <i>Geldigheidsduur van de offerte</i>                           | 11       |
| 12.3.     | <i>Bij de offerte te voegen documenten</i>                      | 11       |
| 13.       | PRIJS                                                           | 12       |
| 14.       | VARIANTEN EN OPTIES                                             | 12       |
| 14.1.     | <i>Varianten</i>                                                | 12       |
| 14.2.     | <i>Vereiste opties</i>                                          | 12       |
| 15.       | WIJZIGING TIJDENS DE UITVOERING                                 | 13       |
| 15.1.     | <i>Vervanging van de opdrachtnemer</i>                          | 13       |
| 15.2.     | <i>Aanpassing van het dienstengamma</i>                         | 13       |
| 15.3.     | <i>Aanvullende inschrijvers</i>                                 | 13       |
| 16.       | BORGTOCHT                                                       | 14       |
| 16.1.     | <i>Verzuim van borgstelling</i>                                 | 14       |
| 16.2.     | <i>Vrijgave van de borgtocht</i>                                | 14       |
| 17.       | OVERZICHT VAN DE PROCEDURE                                      | 15       |
| 18.       | REGELMATIGHEID VAN DE OFFERTES                                  | 15       |
| 19.       | SELECTIECRITERIA                                                | 15       |
| 19.1.     | <i>Geschiktheid om de beroepsactiviteit uit te oefenen</i>      | 15       |
| 19.2.     | <i>Economische en financiële draagkracht</i>                    | 15       |
| 19.3.     | <i>Technische bekwaamheid</i>                                   | 16       |
| 20.       | GUNNINGSCRITERIA                                                | 16       |
| 20.1.     | <i>Prijs (100%)</i>                                             | 16       |
| 21.       | UITSLUITINGSGRONDEN                                             | 16       |
| 22.       | UNIFORM EUROPEES AANBESTEDINGSDOCUMENT (UEA)                    | 18       |
| 23.       | GEbruik VAN TALEN                                               | 19       |
| 24.       | FACTURATIE VAN DE PREMIES                                       | 19       |

|           |                                                                                                    |           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 24.1.     | Facturering aan de besturen - elektronische facturatie .....                                       | 20        |
| 25.       | VERTROUWELIJKHEID VAN DE INFORMATIE EN ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBESCHERMING (AVG – GDPR) ..... | 21        |
| <b>C.</b> | <b>DEFINITIES .....</b>                                                                            | <b>22</b> |
| <b>D.</b> | <b>TECHNISCHE BEPALINGEN.....</b>                                                                  | <b>25</b> |
| 1.        | WAARBORGEN .....                                                                                   | 25        |
| 1.1.      | Hospitalisatie .....                                                                               | 25        |
| 1.2.      | Pre- en posthospitalisatie .....                                                                   | 26        |
| 1.3.      | Ernstige ziekten .....                                                                             | 27        |
| 1.4.      | Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp.....                                          | 28        |
| 2.        | GRENZEN VAN DE TERUGBETALINGEN DOOR DE VERZEKERAAR .....                                           | 28        |
| 3.        | KEUZE VAN DE FORMULE .....                                                                         | 29        |
| 4.        | VRIJSTELLING.....                                                                                  | 30        |
| 5.        | BEGIN EN EINDE VAN DE VERZEKERING .....                                                            | 30        |
| 6.        | EINDE VAN DE DEKKING (PENSIOEN, OVERLIJDEN, ... ).....                                             | 30        |
| 6.1.      | De hoofdverzekerden.....                                                                           | 30        |
| 6.2.      | De nevenverzekerden.....                                                                           | 31        |
| 7.        | WET VAN 20 JULI 2007 (WET VERWILGHEN).....                                                         | 31        |
| 7.1.      | Informatie te verstrekken door de intekenaar .....                                                 | 31        |
| 7.2.      | Toekenningsvoorwaarden.....                                                                        | 32        |
| 8.        | CONTROLE VAN EN TOEZICHT OP DE OVEREENKOMST .....                                                  | 33        |
| 9.        | UITSLUITINGEN.....                                                                                 | 33        |
| <b>E.</b> | <b>AANVULLENDE ZORGPLANNEN (AMBULANT ZORGPLAN + PLAN VOOR TANDZORGEN).....</b>                     | <b>35</b> |
| 1.        | AANSLUITINGSVOORWAARDEN .....                                                                      | 35        |
| 2.        | WAARBORGEN EN PLAFONDS .....                                                                       | 35        |
| 2.1.      | Algemeenheden.....                                                                                 | 35        |
| 2.2.      | Plan voor tandzorgen.....                                                                          | 35        |
| 2.3.      | Ambulant zorgplan .....                                                                            | 36        |
| 3.        | WACHTTERMIJNEN.....                                                                                | 37        |
| 4.        | WORDEN NIET TERUGBETAALD - UITSLUITINGEN.....                                                      | 37        |
| <b>F.</b> | <b>PRAKTISCHE BEPALINGEN.....</b>                                                                  | <b>38</b> |
| 1.        | INFORMATIECAMPAGNES .....                                                                          | 38        |
| 2.        | TERRITORIALITEIT .....                                                                             | 38        |
| 3.        | TERRORISME.....                                                                                    | 38        |
| 4.        | AANSLUITING EN WACHTTIJD .....                                                                     | 38        |
| 4.1.      | Aansluiting.....                                                                                   | 38        |
| 4.2.      | Wachttijd en vroegere ziekten of aandoeningen.....                                                 | 39        |
| 5.        | BETALING VAN DE PREMIE.....                                                                        | 41        |
| 6.        | SCHADEBEHEER EN ADMINISTRatieve ONDERSTEUNING .....                                                | 41        |
| 6.1.      | Aangifte - Verplichtingen bij schadegeval.....                                                     | 41        |
| 6.2.      | Overmaken van de bewijsstukken inzake de kosten .....                                              | 41        |
| 7.        | INDIVIDUELE VOORTZETTING VAN DE COLLECTIEVE VERZEKERING GEKOPPELD AAN DE BEROEPSACTIVITEIT .....   | 42        |
| 8.        | PRIJSHERZIENING .....                                                                              | 42        |
| 8.1.      | Basisformule.....                                                                                  | 43        |
| 8.2.      | Uitgebreide formule.....                                                                           | 43        |



|           |                                                                   |           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| 9.        | VERPLICHTINGEN VAN DE AANBESTEDENDE OVERHEID OF INTEKENAARS ..... | 43        |
| 10.       | VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE .....                            | 44        |
| 11.       | VERPLICHTINGEN VAN DE OPDRACHTNEMER .....                         | 44        |
| 11.1.     | <i>In de opstartfase van het nieuwe contract</i> .....            | 44        |
| 11.2.     | <i>Tijdens de contractperiode</i> .....                           | 45        |
| 12.       | STATISTIEKEN, RAPPORTEN EN INFORMATIE .....                       | 45        |
| 12.1.     | <i>Voor de klanten/intekenaars</i> .....                          | 45        |
| 12.2.     | <i>Voor de leidende dienst</i> .....                              | 46        |
| 12.3.     | <i>Voor de aangeslotenen</i> .....                                | 47        |
| 12.4.     | <i>Einde contract</i> .....                                       | 47        |
| 13.       | STRAFFEN .....                                                    | 47        |
| 13.1.     | <i>Ten opzichte van de leidende dienst</i> .....                  | 47        |
| 13.2.     | <i>Ten opzichte van de bestellende klant</i> .....                | 47        |
| 14.       | CONTINUÏTEIT VAN DE LOPENDE DOSSIERS (OVERNAME OP 1.1.2026) ..... | 48        |
| <b>G.</b> | <b>BIJLAGEN</b> .....                                             | <b>49</b> |

## A. AFWIJKINGEN VAN DE ALGEMENE UITVOERINGSREGELS (AUR)

### M.b.t. de raamovereenkomst:

Ter aanvulling van de bepalingen zoals vermeld in art. 7, eerste lid AUR en in toepassing van art. 6, §5 AUR, worden de volgende bepalingen uitdrukkelijk van toepassing verklaard op de uitvoering van de raamovereenkomst zelf:

- art. 11;
- art. 39;
- art. 25 t.e.m. 49;
- art. 50-51;
- art. 155.

Van volgende bepalingen van de AUR die van toepassing zijn op de uitvoering van de raamovereenkomst wordt vervolgens uitdrukkelijk afgeweken:

- art. 11 m.b.t. de leidend ambtenaar: Beperking aan de bevoegdheid van de leidend ambtenaar: voor de opdrachtnemer bestaat het aanspreekpunt voor de uitvoering van de raamovereenkomst uit de leidende dienst, en niet de leidend ambtenaar (zie punt B.2.);
- art. 39 m.b.t. de controle en het toezicht op de uitvoering van de raamovereenkomst: de leidende dienst wordt belast met de controle en het toezicht op de uitvoering van de raamovereenkomst (zie punt B.2).

### M.b.t. vervolgoopdrachten:

In toepassing van art. 7, 2e lid AUR wordt art. 9, §4 van de AUR niet van toepassing verklaard op vervolgoopdrachten.

Voor vervolgoopdrachten wijkt onderhavig bestek af van de volgende bepalingen van de AUR:

- art. 70 betreffende de betaling – zie punt F.5.;
- art. 45 en 72 betreffende de straffen – zie punt F.13;
- art. 38/7 inzake de prijsherziening: het toestaan van een eventuele prijsherziening van lopende vervolgoopdrachten behoort tot de verantwoordelijkheid van de leidende dienst (zie punt B.2.) en niet van de individuele intekenaar afzonderlijk – zie punt F.8.

Aangezien de door de aanbestedende overheid afgesloten opdracht ten behoeve van de verschillende overheidsdiensten is, stellen voor de uitvoering van de opdracht, in de AUR de benamingen “intekenaar” en “klant” zich in de plaats van “aangebestede overheid” en dit voor alles wat de bestellingen van deze klanten betreft, meer in het bijzonder in de bepalingen betreffende de betalingen, de opleveringen en de boeten wegens laattijdige uitvoering.

## B. ADMINISTRATIEVE CLAUSULES

### 1. Voorwerp van de opdracht

Het voorwerp van deze opdracht betreft het verstrekken van een collectieve hospitalisatieverzekering.

De dienstverlening heeft als onderwerp:

- de hospitalisatiekosten evenals de kosten betreffende de daaraan verbonden ambulante zorgen;
- de kosten in verband met sommige ernstige ziekten

overeenkomstig de nadere bepalingen van dit bijzonder bestek.

Deze opdracht van diensten wordt gegund volgens de openbare procedure.

Dit is een opdracht tegen prijslijst (KB 18 april 2017, art. 2, 4°).

### 2. Aanbestedende overheid

De aanbestedende overheid is de Federale Pensioendienst.

Alle nuttige inlichtingen betreffende de opdracht kunnen worden bekomen op het volgende e-mailadres: [SFPD-procurement@sfpd.fgov.be](mailto:SFPD-procurement@sfpd.fgov.be)

**Gelieve uw vragen via het forum op Public Procurement te sturen. De bijbehorende antwoorden zullen via het forum beschikbaar worden gesteld en zullen deel uitmaken van de aanbestedingsdocumenten.**

### 3. Opdrachtcentrale

De Federale Pensioendienst treedt op als aankoopcentrale overeenkomstig artikel 47 (wet 17 juni 2016).

De besturen of intekenaars die kunnen intekenen op deze overeenkomst worden opgelijst in bijlage (Lijst besturen en intekenaars).

Aangezien de door de aanbestedende overheid afgesloten overeenkomst ten behoeve is van verschillende overheidsdiensten, dient onder "aanbestedende overheid", "Federale Pensioendienst" of "FPD" ook de bovenvermelde besturen of intekenaars te worden verstaan, meer in het bijzonder met betrekking tot de bepalingen betreffende de betalingen, de controles, de boeten wegens laattijdige uitvoering en maatregelen van ambtswege.

#### 3.1. Klanten/intekenaars

Deze klanten zijn alle diensten opgelijst in de bijlage "Lijst Administraties".

Enkel deze klanten hebben de toelating om gedurende de duur van de raamovereenkomst vervolgoopdrachten te plaatsen. Een vervolgoopdracht van een aanbestedende overheid niet opgenomen in de klantlijsten zal niet aanvaard worden.

Opgelet: zie uitzondering in punt B.15.

---

## 4. Raamovereenkomst

Deze raamovereenkomst (hieronder “opdracht”) bepaalt het juridische, financiële en technische kader dat de relaties tussen de klanten en de opdrachtnemer regelt gedurende zijn geldigheidsduur.

De raamovereenkomst wordt in toepassing van artikel 43, § 4 van de wet gesloten met één enkele opdrachtnemer waarbij de op de raamovereenkomst gebaseerde opdrachten (hierna “vervolgopdrachten” genoemd) gegund worden volgens de in de raamovereenkomst gestelde voorwaarden.

---

## 5. Hoeveelheden

De opdracht wordt in haar geheel geraamd en voor een duurtijd van 6 jaar op ± 171 000 000,00 EUR. Een hoger of lager omzetcijfer dan de bovenvermelde raming geeft geen recht op enige schadevergoeding.

### 5.1. Maximale hoeveelheid

Vanuit de verplichting om de eerlijke mededinging tussen de ondernemers blijvend te garanderen zal de aanbestedende overheid de vervolgoopdrachten, die op basis van deze raamovereenkomst worden geplaatst, monitoren. Zodra het maximale **aantal hoofdverzekerden van 85.000** wordt bereikt, zal de raamovereenkomst worden opgezegd overeenkomstig punt B.8.

### 5.2. Vermoedelijke hoeveelheden / Raming van de opdracht

De hierna vermelde informatie geldt slechts ter indicatieve titel. Deze wordt slechts ter informatie gegeven en vormt geen enkele verbintenis van de aanbestedende overheid met betrekking tot de vermoedelijke hoeveelheden. Hogere of lagere hoeveelheden/bedragen geven geen recht op enige schadevergoeding. Meer informatie over de verschillende statistieken kan u vinden in de bijlage “Statistieken”.

|                        | Premies (excl. taxen) | Schades              |      |
|------------------------|-----------------------|----------------------|------|
| 2022                   | 8.265.467,39          | 8.025.796,16         | 97%  |
| 2023                   | 8.337.655,66          | 8.738.280,25         | 105% |
| 2024                   | 8.805.348,42          | 6.322.132,29         | 72%  |
| 2025                   | 7.931.825,52          | 1.669,87             | 0%   |
| <b>Algemeen totaal</b> | <b>33.340.296,99</b>  | <b>23.087.878,57</b> | 69%  |

### 5.3. Raming van de klanten

De hierna vermelde informatie werd verstrekt door de in bijlage vermelde klanten. Deze wordt slechts ter informatie gegeven en vormt geen enkele verbintenis van de aanbestedende dienst met betrekking tot de vermoedelijke hoeveelheden.

Hogere of lagere hoeveelheden/bedragen geven geen recht op enige schadevergoeding.

Er worden enkel cijfers meegedeeld voor de tussenkomst voor de hospitalisatieverzekering aangezien geen tussenkomst is voorzien voor de zorgplannen (tandzorg/ambulante kosten) en omwille van het feit dat deze tandzorgplannen/ambulante zorgplannen niet bestaan in het huidige contract.

|                      | Hoofdverzekerden |                     | Nevenverzekerden |                     |
|----------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| Leeftijdscategorieën | Basisformule     | Uitgebreide formule | Basisformule     | Uitgebreide formule |
| 0 tot 20 jaar        | 39               | 16                  | 4.547            | 8.557               |
| 21 tot 49 jaar       | 7.967            | 8.493               | 2.550            | 4.002               |
| 60 tot 66 jaar       | 6.141            | 7.811               | 1.241            | 2.083               |
| 67 jaar en ouder     | 3.920            | 6.076               | 1.066            | 1.837               |
| Totaal               | 18.068           | 22.396              | 9.404            | 16.480              |
|                      | 40.464           |                     | 25.884           |                     |
|                      | 66.348           |                     |                  |                     |

## 6. Percelen

Deze opdracht is niet verdeeld in percelen om de volgende redenen:

- alle personeelsleden dienen toegang te hebben tot dezelfde voordelen en dezelfde modaliteiten bij uitvoering; deze vereiste wordt niet gegarandeerd wanneer de opdracht zou verdeeld worden in percelen;
- de coördinatie die noodzakelijk is voor de uitvoering van deze opdracht tussen de verschillende stakeholders komt in het gedrang bij de uitsplitsing in percelen.

## 7. Duur van de opdracht

De duurtijd is: 01/01/2026 – 31/12/2031

De aanbestedende overheid motiveert de duurtijd van 6 jaar als volgt:

- de aard van de opdracht verantwoordt een termijn van 6 jaar en vrijwaart de personeelsleden van te frequente overdracht van de medische dossiers;
- indien men een duur van zes jaar voorziet, kan de nieuwe opdrachtnemer de kosten/investeringen afschrijven op een langere periode;
- door een lange duur wordt de opdracht aantrekkelijker voor nieuwe potentiële inschrijvers, wat het mededingingsbeginsel ten goede komt;
- bij dergelijke opdrachten is de impact vrij groot van de campagne die door de leidende dienst of de opdrachtnemer moet worden gevoerd voor het informeren van intekenaars en personeelsleden;
- er dient voldoende tijd te worden voorzien voor elke intekenaar om zijn personeelsleden te informeren over de voorwaarden van het nieuwe contract, met betrekking tot aansluitingsmodaliteiten, inschrijving en de waarborgen.

---

## 8. Vroegtijdige opzegging van de raamovereenkomst

Onverminderd de toepassing van eventuele maatregelen van ambtswege, kan na elke 12 maanden te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de looptijd van de raamovereenkomst, de raamovereenkomst worden beëindigd door de aanbestedende overheid en de dienstverlener, op voorwaarde dat de opzegging wordt betekend aan de andere partij per aangetekend schrijven en dit minstens 12 maanden voor het verstrijken voor de lopende periode van 12 maanden.

Het voortijdig beëindigen van de raamovereenkomst, hetzij ingevolge opzegging, hetzij ingevolge het bereiken van het maximaal aantal hoofdverzekerden, beëindigt van rechtswege alle contractuele rechten en plichten van de verzekerden, intekenaars, aanbestedende overheid en dienstverlener, zonder evenwel dat deze beëindiging de bevrijding van nog eventuele verschuldigde prestaties en sommen tot gevolg heeft. De opzegging van de raamovereenkomst onder de hiervoor vermelde voorwaarden houdt voor geen enkele partij een recht op vergoeding in.

---

## 9. Vervolgopdrachten

Elke intekenaar onderschrijft met de dienstverlener bij het begin van het contract een “uitvoeringsakkoord”, waarin de specifieke kenmerken aangaande de uitvoering van het contract worden opgenomen met vermelding van aanvang en tussenkomsten.

Gelieve te noteren dat het “uitvoeringsakkoord” geen “polis” is. De voorwaarden en modaliteiten van dit contract worden enkel bepaald in het bijzonder bestek.

Alle contractuele en statutaire personeelsleden van de intekenaars die voldoen aan de aansluitingsvoorwaarden van de hospitalisatieverzekering bedoeld in punten C en D zijn aangesloten vanaf de datum van inwerkingtreding van de opdracht.

De dienstverlener heeft niet het recht om hoofdverzekerden of nevenverzekerden uit te sluiten, tenzij in de gevallen vermeld in de bijlagen. Voor de premieberekening zal een verzekeringsjaar lopen van 1 januari tot en met 31 december.

---

## 10. Documenten van toepassing op de opdracht

### 10.1. Wetgeving

Het betreft in het bijzonder:

- Wet van 17 juni 2016 inzake overheidsopdrachten;
- Wet van 17 juni 2013 betreffende de motivering, de informatie en de rechtsmiddelen inzake overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten;
- Koninklijk besluit van 18 april 2017 plaatsing overheidsopdrachten in de klassieke sectoren;
- Koninklijk besluit van 14 januari 2013 tot bepaling van de algemene uitvoeringsregels van de overheidsopdrachten;
- Alle wijzigingen aan de wetten en de voormelde besluiten die van toepassing zijn op de dag van de publicatie van de aankondiging van de opdracht.
- Alle wetgeving en regelgeving met betrekking tot het voorwerp van de opdracht.

### 10.2. Opdrachtdocumenten

- Onderhavig bestek nr. SFPD/S2000/2025/03
- Offerteformulier
- Meetstaat
- Uniform Europees Aanbestedingsdocument
- Statistieken met betrekking tot de schadegevallen en andere cijfergegevens m.b.t. de huidige opdracht
- Lijst van administraties en intekenaars

---

## 11. Indiening van de offertes

### 11.1. Indieningsrecht en indieningswijze van de offertes

Elke inschrijver mag slechts één offerte indienen per opdracht. Elke deelnemer aan een combinatie van ondernemers zonder rechtspersoonlijkheid wordt beschouwd als een inschrijver. De deelnemers aan een combinatie van ondernemers zonder rechtspersoonlijkheid moeten diegene aanduiden die de combinatie ten overstaan van de aanbestedende overheid zal vertegenwoordigen.

De aanbestedende overheid verplicht het toepassen van elektronische middelen op straffe van nietigheid van de offerte.

De offertes moeten in het bezit zijn van de aanbestedende overheid vóór **28 april 2025 om 14 u.**

De communicatie en de informatie-uitwisseling tussen de aanbestedende overheid en de ondernemers, met inbegrip van de elektronische indiening en ontvangst van de offertes, dienen in alle fasen van de plaatsingsprocedure plaats te vinden met behulp van elektronische middelen.

De offertes moeten via elektronische middelen worden ingediend via de website <https://www.publicprocurement.be/>, die de naleving waarborgt van de voorwaarden van artikel 14, § 6 en 7 van de wet van 17 juni 2016.

De aanbestedende overheid vestigt de aandacht van de inschrijvers op het feit dat het versturen van een offerte via mail niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 14, § 6 en 7 van de wet van 17 juni 2016.

Door zijn offerte via elektronische weg in te dienen, aanvaardt de inschrijver dat de gegevens van zijn offerte door het ontvangststelsel worden geregistreerd.

Meer informatie kan verkregen worden via de website: <https://bosa.service-now.com/eprocurement> of via de helpdesk van de dienst e-Procurement.

## 11.2. Wijziging of intrekking van een reeds ingediende offerte

De wijzigingen of intrekking van een reeds ingediende offerte moet de voorwaarden van art. 43 van het KB van 18 april 2017 respecteren.

---

## 12. Offertes

### 12.1. In de offerte te vermelden gegevens

De inschrijver moet het offerteformulier en de meetstaat in bijlage gebruiken. Doet hij dit niet, dan draagt hij de volle verantwoordelijkheid voor de volledige overeenstemming van de door hem aangewende documenten met het formulier.

De offerte wordt opgesteld in het Nederlands of in het Frans.

De inschrijver duidt in zijn offerte duidelijk aan welke informatie vertrouwelijk is en/of betrekking heeft op technische of commerciële geheimen en dus niet mag bekendgemaakt worden door de aanbestedende overheid.

### 12.2. Geldigheidsduur van de offerte

De inschrijvers blijven gebonden door hun offerte gedurende een termijn van 160 kalenderdagen, ingaande de dag na de uiterste datum voorzien in onderhavig bestek voor het indienen van de offertes.

### 12.3. Bij de offerte te voegen documenten

De inschrijvers voegen bij hun offerte

- Ingevuld offerteformulier
- Ingevoerde meetstaat
- Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA)
- De statuten en alle andere nuttige documenten die de bevoegdheid van de ondergetekende(n) duidelijk bewijzen
- Uittreksel van het Strafregister van de onderneming
- Uittreksel van het Strafregister van leden van het bestuurs-, leidinggevend of toezichthoudend orgaan wanneer zij hierin vertegenwoordigings-, beslissings- of controlebevoegdheden hebben
- Alle documenten gevraagd in het kader van de selectiecriteria
- Alle documenten gevraagd in het kader van de gunningscriteria

---

## 13. Prijs

Dit is een opdracht tegen prijslijst, wat betekent dat enkel de eenheidsprijs forfaitair is.

De prijzen worden aangegeven in euro's, exclusief btw, met maximum twee decimalen.

De inschrijver wordt geacht in zowel zijn eenheidsprijzen als in de totale prijzen rekening gehouden te hebben met alle kosten die voortvloeien uit de uitvoering van het contract evenals met alle kosten en taksen, die de diensten belasten zoals:

- de administratieve en secretariaatskosten;
- de kosten voor de documentatie aan geïnteresseerden betreffende de contractinhoud en -voorwaarden;
- de levering en verwerking van documenten of stukken die nodig zijn voor de uitvoering van de diensten, inclusief alle individuele briefwisseling zoals bv. voor het innen van de jaarlijkse premie.

De inschrijver dient een jaarpremie voor 2 formules (basis en uitgebreide formule) op te geven volgens de categorieën in het offerteformulier, op straffe van nietigheid van de offerte.

---

## 14. Varianten en opties

### 14.1. Varianten

Varianten zijn niet toegestaan.

De inschrijver is verplicht om een offerte in te dienen voor de waarborgen zoals opgenomen in het technisch gedeelte. Indien de inschrijver toch aanpassingen doet aan de waarborgen opgenomen in het bestek en dus met andere woorden een variant voorstelt, wordt de offerte substantieel nietig verklaard.

### 14.2. Vereiste opties

Vereiste opties betreffen opties die door de inschrijver verplicht moeten aangeboden worden in de offerte en het offerteformulier. Hun identificatie en prijs zullen hiervoor in de luiken van het Excelbestand specifiek voorzien worden.

De hieronder beschreven opties kunnen, op straffe van nietigheid van de offerte, niet zonder de invoering van een offerte voor de hoofdopdracht ingediend worden.

Naast de hospitalisatieverzekering dient de inschrijver premies aan te bieden voor een ambulant plan en een tandzorgplan om medische kosten te dekken die geen verband houden met een ziekenhuisopname.

Alle verdere informatie over de technische modaliteiten kan u vinden onder punt E.

Belangrijke opmerkingen:

- de intekenaar zal deze opties niet zelf bestellen maar rechtstreeks ter beschikking stellen van de hoofd- en nevenverzekerden;
- een aparte facturatie dient rechtstreeks met de hoofdverzekerde toegepast te worden;
- er is momenteel geen tussenkomst voorzien voor deze opties door de intekenaar;
- deze opties zullen geen deel uitmaken van de facturering aan de intekenaars/klanten (zie punt F.5.), tenzij specifieke vraag van de intekenaar;

---

## 15. Wijziging tijdens de uitvoering

### 15.1. Vervanging van de opdrachtnemer

Een nieuwe opdrachtnemer kan de oorspronkelijke opdrachtnemer vervangen in andere gevallen dan deze voorzien door art. 38/3 van de AUR, voor zover dat hij voldoet aan de selectiecriteria en de uitsluitingsgronden zoals bepaald in de opdrachtdocumenten.

De opdrachtnemer dient zijn vraag zo vlug mogelijk in per aangetekend schrijven, met een verduidelijking van alle redenen voor de vervanging. Hiervoor bezorgt hij een gedetailleerde inventaris met de reeds uitgevoerde leveringen, met de gegevens van de nieuwe opdrachtnemer evenals de nodige documenten en certificaten waarover de aanbestedende overheid niet gratis kan beschikken.

Deze vervangingsaanvraag zal door de aanbestedende overheid onderzocht worden en in voorkomend geval het voorwerp uitmaken van een bijakte gedateerd en ondertekend door de drie partijen. De oorspronkelijke opdrachtnemer blijft verantwoordelijk ten aanzien van de aanbestedende overheid voor de resterende uitvoering van de opdracht.

### 15.2. Aanpassing van het dienstengamma

Tijdens de looptijd van de uitvoering van de opdracht kan de opdrachtnemer de voorwaarden bepaald in dit bestek niet aanpassen, behoudens ingevolge een dwingende wetswijziging en met toestemming van de leidende dienst.

### 15.3. Aanvullende inschrijvers

De inschrijvers die kunnen genieten van deze raamovereenkomst zijn de overheidsdiensten die aangesloten zijn bij de Gemeenschappelijke Sociale Dienst (GSD). De lijst van inschrijvers werd opgesteld op basis van de lijst van aangesloten overheidsdiensten op het moment van publicatie van de opdracht.

De geraamde hoeveelheden werden eveneens voorbereid op basis van deze lijst.

Overheidsdiensten kunnen zich aansluiten bij de GSD tijdens de looptijd van de opdracht. Om hen het voordeel van een hospitalisatieverzekering te bieden, kunnen deze overheidsdiensten uitzonderlijk aan het contract worden toegevoegd.

Deze mogelijkheid is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

- Een nieuwe aansluiting bij de raamovereenkomst is alleen mogelijk vanaf 1 januari van het betreffende jaar.
- De opdrachtnemer wordt minstens 3 maanden op voorhand op de hoogte gebracht van de nieuwe aangeslotene, het aantal te verzekeren personen, enz.  
Met andere woorden, bijvoorbeeld uiterlijk op 30/09/2027 ontvangt de opdrachtnemer alle informatie die nodig is voor aansluiting op 1/01/2028.

---

## 16. Borgtocht

De aanbestedende overheid treedt op als opdrachtcentrale.

De finaliteit van de opdracht bestaat dus niet uit het voorzien in de eigen behoefte maar wel in deze van de intekenaars zoals vermeld onder punt 3 van dit bijzonder bestek.

Om deze reden wordt afgeweken van art. 25, §2, 3e alinea van de AUR en wordt een globale borgtocht (forfaitair bedrag) van 75 000,00 EUR vastgelegd en geëist.

De opdrachtnemer stelt de borgtocht bij de:

- Deposito- en Consignatiekas (<http://caissedesdepots.be>) Handelsstraat 96, 1040 Brussel of bij een andere instelling die een gelijkaardige functie vervult, in overeenstemming met de bepalingen van artikel 27 van de AUR.

Binnen de 30 kalenderdagen die op de datum van de betekening van het sluiten van de opdracht volgen, moet de opdrachtnemer aan de leidende dienst het bewijs leveren dat de borgtocht werd gestort.

### 16.1. Verzuim van borgstelling

Wanneer de opdrachtnemer de borgtocht niet stelt binnen de in artikel 27 van de AUR vermelde termijn, wordt hij in gebreke gesteld per aangetekend schrijven. Deze ingebrekestelling geldt als proces-verbaal in de zin van artikel 44, § 2 van de AUR.

Wanneer hij de borgtocht niet stelt binnen een laatste termijn van vijftien kalenderdagen vanaf de verzendingsdatum van het aangetekend schrijven, kan de aanbestedende overheid:

- hetzij overgaan tot een ambtshalve borgstelling via afhoudingen van de op de beschouwde opdracht verschuldigde bedragen. In dat geval wordt een straf opgelegd ten belope van veertig procent van de te storten borgtocht;
- hetzij een ambtshalve maatregel toepassen. In elk geval sluit de verbreking van de opdracht op deze basis de toepassing van straffen of vertragingsboetes uit.

### 16.2. Vrijgave van de borgtocht

In afwijking van art. 33 van de AUR, zal, op uitdrukkelijk verzoek van de opdrachtnemer, de borgtocht worden vrijgemaakt in twee stappen:

- Stap 1: 50 000,00 EUR na verloop van 3 maand na de definitieve oplevering (einde van de maximale duur van de opdracht, nl. 31.12.2031).
- Stap 2: 25 000,00 EUR na verloop van 1 jaar na de definitieve oplevering (einde van de maximale duur van de opdracht, nl. 31.12.2031).

Ieder eerder ingediend verzoek zal pas aanvaard worden na verloop van de betreffende termijn. In de mate dat de borgtocht kan worden vrijgegeven, verleent de aanbestedende overheid hiervoor handlichting uiterlijk 15 dagen nadat ze het verzoek heeft ontvangen.

---

## 17. Overzicht van de procedure

Deze opdracht wordt gegund op basis van een openbare procedure. Dit betekent dat elke geïnteresseerde inschrijver een offerte mag indienen.

---

## 18. Regelmatigheid van de offertes

De offertes van de inschrijvers zullen worden onderzocht om hun regelmatigheid te controleren. De substantieel onregelmatige offertes zullen worden geweerd.

Enkel regelmatige offertes komen in aanmerking om getoetst te worden aan de gunningscriteria.

---

## 19. Selectiecriteria

De inschrijver moet voldoen aan de onderstaande selectiecriteria:

Opgelet: Wat betreft de kwalitatieve selectie, kan de inschrijver zich in voorkomend geval beroepen op de draagkracht van andere entiteiten, ongeacht de juridische aard van zijn band met de entiteiten, evenwel onder volgende voorwaarden:

- De mogelijkheid om een beroep te doen op de draagkracht van een andere entiteit (derde) bestaat enkel voor het vervullen van de economische en financiële criteria.
- De mogelijkheid om een beroep te doen op de draagkracht bestaat aldus niet voor het selectie criterium dat peilt naar de geschiktheid om de beroepsactiviteit uit te oefenen (attest van erkenning).
- Indien de inschrijver zich in het kader van het vervullen van het criterium inzake de technische en beroepsbekwaamheid beroept op de relevante beroepservaring van een derde, dan is het beroep op de draagkracht van die derde slechts geoorloofd wanneer deze derde de diensten waarvoor die draagkracht vereist is effectief zal uitvoeren.
- De inzet van andere onderaannemers is onderworpen aan de voorafgaande toestemming van de aanbestedende overheid.
- De inschrijver voegt in de offerte een UEA toe voor elk van de entiteiten op wiens draagkracht een beroep wordt gedaan.

### 19.1. Geschiktheid om de beroepsactiviteit uit te oefenen

De inschrijver moet voldoen aan het volgende criterium:

- Vergunning zoals voorzien in de artikelen 17 en 18 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen – tak 2 (ziekte).

### 19.2. Economische en financiële draagkracht

De inschrijver moet voldoen aan de volgende criteria:

- Een verklaring met betrekking tot de specifieke omzet inzake de dienst in (beroepsgebonden) hospitalisatieverzekering voor de voorbije 3 jaar: minimaal € 25 000 000,00;

### 19.3. Technische bekwaamheid

De inschrijver moet voldoen aan de volgende criteria:

- Een lijst met ten minste 3 gelijkwaardige (d.w.z. beroepsgebonden) verzekeringspolissen van de laatste 3 jaar.  
Deze referenties vermelden: datum en de naam van de publiek- of privaatrechtelijke instanties waarvoor zij bestemd waren (naam en telefoonnummer van de contactpersoon).

De referenties moeten aan volgende voorwaarden voldoen:

- minimum 3 verzekeringspolissen met in totaal 10 0 000 aangeslotenen

---

## 20. Gunningscriteria

### 20.1. Prijs (100%)

De prijs is het enige gunningscriterium.

De prijzen opgegeven in het offerteformulier zullen worden vermenigvuldigd met de hoeveelheden per perceel opgeijst bij de geraamde hoeveelheden. Hiertoe moet de inschrijver de meetstaat invullen.

De totaalprijs die zo wordt bekomen, zal worden vergeleken.

De laagste totaalprijs krijgt het maximum van de punten. De andere prijzen krijgen punten in verhouding tot de laagste prijs.

De opdracht zal worden gegund aan de inschrijver met de hoogste eindquotatie, nadat de aanbestedende overheid ten opzichte van deze inschrijver de juistheid van het Uniform Europees Aanbestedingsdocument, het uittreksel van het strafregister heeft nagegaan en blijkt dat de inschrijver zich niet in een uitsluitingsgeval bevindt.

---

## 21. Uitsluitingsgronden

De inschrijver is verplicht om bij zijn offerte een ingevuld Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA) toe te voegen conform art. 73 van de wet van 17 juni 2016. Door middel van deze UEA verklaart de inschrijver dat hij zich niet in de uitsluitingsgronden bevindt zoals bedoeld in de artikelen 67 tot 69 van de wet van 17 juni 2016.

Met betrekking tot de verplichte uitsluitingsgronden betreffende de fiscale en sociale schulden, zal de aanbestedende overheid de inlichtingen of documenten opvragen via elektronische middelen. De aanbestedende overheid kan de inschrijvers echter te allen tijde verzoeken de vereiste ondersteunende documenten geheel of gedeeltelijk in te dienen wanneer dit noodzakelijk is voor het goede verloop van de procedure (art. 73 § 3 wet van 17 juni 2016).

De aanbestedende overheid is echter ook verplicht om te controleren of de inschrijver zich in de andere verplichte uitsluitingsgronden bevindt. Bijgevolg vereist de aanbestedende overheid dat de inschrijvers

een uittreksel uit het strafregister aan hun offerte toevoegen of, bij gebrek daaraan, een gelijkwaardig document dat is afgegeven door een bevoegde rechterlijke of administratieve instantie van het land van oorsprong of het land waar de ondernemer is gevestigd, waaruit blijkt dat aan de betrokken eisen is voldaan.

Behoudens uitsluitingsgronden m.b.t. fiscale en sociale schulden kan de inschrijver, die zich in één van de verplichte of facultatieve uitsluitingsgronden bevindt, aantonen dat hij corrigerende maatregelen heeft genomen om zijn betrouwbaarheid aan te tonen. Hiertoe bewijst de inschrijver, op eigen initiatief, dat hij eventuele schade als gevolg van strafrechtelijke inbreuken of fouten heeft betaald of heeft toegezegd te zullen vergoeden, dat hij feiten en omstandigheden heeft opgehelderd door actief mee te werken met de onderzoekende autoriteiten en dat hij concrete technische, organisatorische en personeelsmaatregelen heeft genomen teneinde een nieuwe strafrechtelijke inbreuk of fout te voorkomen.

#### **Verplichte uitsluitingsgronden:**

1° deelneming aan een criminele organisatie;

2° omkoping;

3° fraude;

4° terroristische misdrijven of strafbare feiten in verband met terroristische activiteiten dan wel uitlokking van, medeplichtigheid aan of poging tot het plegen van een dergelijk misdrijf of strafbaar feit;

5° witwassen van geld of financiering van terrorisme;

6° kinderarbeid en andere vormen van mensenhandel;

7° tewerkstelling van onderdanen van derde landen die illegaal in het land verblijven.

De in punt 1 tot 6 bedoelde uitsluitingen van deelname aan overheidsopdrachten gelden voor een periode van vijf jaar vanaf de datum van de veroordeling. De onder punt 7 bedoelde uitsluiting van deelname aan overheidsopdrachten geldt voor een periode van vijf jaar, vanaf de beëindiging van de inbreuk.

De inschrijver die niet voldaan heeft aan zijn verplichtingen inzake betaling van zijn fiscale schulden en sociale zekerheidsbijdragen, wordt uitgesloten van deze procedure. De toegang tot de procedure wordt evenwel niet ontzegd aan de inschrijver die:

a) geen bijdrageschuld heeft van meer dan 3 000 euro of

b) die voor die schuld uitstel van betaling heeft verkregen en de afbetalingen daarvan strikt in acht neemt.

Indien de inschrijver een schuld heeft van meer dan 3 000 euro, toont hij aan, op straffe van uitsluiting, dat hij op een aanbestedende overheid of op een overheidsbedrijf, één of meer schuldvorderingen bezit die zeker, opeisbaar en vrij van elke verbintenis tegenover derden zijn voor een bedrag dat minstens gelijk is aan zijn schuld verminderd met 3 000 euro.

Indien het attest in bezit van de aanbestedende overheid niet aantoont dat de inschrijver voldoet aan de eisen i.v.m. zijn fiscale en sociale verplichtingen, stelt zij de inschrijver hiervan in kennis. Vanaf de dag volgend op de kennisgeving van de vaststelling, beschikt de inschrijver over een termijn van vijf werkdagen om het bewijs te geven van zijn regularisatie. Van deze regularisatie kan slechts éénmalig gebruik gemaakt worden.

**Facultatieve uitsluitingsgronden:**

Conform art. 69 van de wet van 17 juni 2016, kan de aanbestedende overheid, in elk stadium van de plaatsingsprocedure, een kandidaat of inschrijver van deelname aan deze procedure uitsluiten, in de volgende gevallen:

1° indien de aanbestedende overheid met elk passend middel aantoonst dat de inschrijver de verplichtingen op het vlak van het milieu-, sociaal en arbeidsrecht heeft geschonden;

2° wanneer de kandidaat of inschrijver in staat van faillissement of van vereffening verkeert, zijn werkzaamheden heeft gestaakt, een gerechtelijke reorganisatie ondergaat, of aangifte heeft gedaan van zijn faillissement, voor hem een procedure van vereffening of gerechtelijke reorganisatie aanhangig is, of hij in een vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die bestaat in andere nationale reglementeringen;

3° wanneer de aanbestedende overheid kan aantonen, met elk passend middel, dat de kandidaat of inschrijver in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, waardoor zijn integriteit in twijfel kan worden getrokken;

4° wanneer de aanbestedende overheid over voldoende plausibele aanwijzingen beschikt om te besluiten dat de kandidaat of inschrijver handelingen zou hebben gesteld, overeenkomsten zou hebben gesloten of afspraken zou hebben gemaakt, die gericht zijn op vervalsing van de mededinging;

5° wanneer een belangenconflict in de zin van artikel 6 niet effectief kan worden verholpen met andere minder ingrijpende maatregelen;

6° wanneer zich wegens de eerdere betrokkenheid van de kandidaat of inschrijver bij de voorbereiding van de plaatsingsprocedure een vervalsing van de mededinging als bedoeld in artikel 52 heeft voorgedaan die niet met minder ingrijpende maatregelen kan worden verholpen;

7° wanneer de inschrijver blijkt heeft gegeven van aanzienlijke of voortdurende tekortkomingen bij de uitvoering van een wezenlijk voorschrift tijdens een eerdere overheidsopdracht, een eerdere opdracht met een aanbesteder of een eerdere concessieovereenkomst en dit geleid heeft tot het nemen van ambtshalve maatregelen, schadevergoedingen of andere vergelijkbare sancties;

8° wanneer de inschrijver zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de informatie die nodig is voor de controle op het ontbreken van uitsluitingsgronden of de naleving van de selectiecriteria, of hij informatie heeft achtergehouden, of niet in staat was de ondersteunende documenten die vereist zijn krachtens artikel 73 over te leggen;

9° wanneer de kandidaat of inschrijver heeft getracht om het besluitvormingsproces van de aanbestedende overheid onrechtmatig te beïnvloeden, om vertrouwelijke informatie te verkrijgen die hem onrechtmatige voordelen in de plaatsingsprocedure kan bezorgen, of om verwijtbaar misleidende informatie te verstrekken die een belangrijke invloed kan hebben op beslissingen inzake uitsluiting, selectie en gunning.

---

## **22. Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA)**

Een correct ingevuld UEA moet bij de offerte worden gevoegd (zie artikel 73 van de wet van 17 juni 2016 inzake overheidsopdrachten en artikel 38 van het KB van 18 april 2017).

Overeenkomstig artikel 76 van het voormelde KB is de niet-toevoeging van een UEA een substantiële onregelmatigheid. De offerte wordt dan nietig verklaard.

De aanbestedende overheid heeft een UEA opgesteld dat door de inschrijvers moet worden ingevuld. De inschrijvers moeten het door de aanbestedende overheid voorbereide UEA invullen via de website:

<https://uae.publicprocurement.be/>

- 1) Kies de taal
- 2) Vink het vakje: 'Ik ben een ondernemer' aan
- 3) Vink het vakje: 'Een UEA (aanvraag of antwoord) importeren' aan.  
Gebruik het bij de bekendmaking gevoegde XML-bestand → ESPD\_request\_nl of ESPD\_request\_fr.  
Dit bestand moet worden gedownload. Nadat het geïmporteerd is op het UEA-platform wordt het door het systeem herkend en omgezet in het door de aanbestedende overheid voorbereide UEA.
- 4) Kies het land → Volgende.
- 5) Vul alle nodige informatie in in 'Deel II: Gegevens over de ondernemer' → Volgende.
- 6) Deel III: vink aan wat van toepassing is en vul eventueel aan → Volgende.
- 7) Deel IV: Selectiecriteria: kruis 'Ja' aan → Volgende.
- 8) Deel V + Deel VI: vul de verklaringen in
- 9) Klik op het overzicht onderaan.
- 10) Klik dan op 'Downloaden in formaat' → Kies pdf.  
Voeg dit pdf-bestand bij de offerte.

---

## 23. Gebruik van talen

De brieven met betrekking tot de globale uitvoering van de overeenkomst zullen opgemaakt worden in de taal van de weerhouden offerte.

De brieven gericht aan de aangesloten personen zullen echter opgesteld worden in de taal van de persoon in kwestie.

---

## 24. Facturatie van de premies

In geval van niet-betaling van de individuele premie door de verzekerde, kan deze niet verhaald worden op de betrokken aanbestedende overheid (intekenaar), zijn sociale dienst of de leidende dienst.

De intekenaars zijn rechtstreeks en als enige verantwoordelijk voor de betaling van wat aan hen gefactureerd wordt. De aanbestedende overheid is bijgevolg geen schuldenaar, noch van de hoofdsom, noch van de eventuele interesten.

De betaling gebeurt binnen de 30 kalenderdagen te tellen vanaf de datum van ontvangst van de factuur die correct werd opgesteld en verstuurd naar de betalende klant.

In geval van niet-betaling van de premie door de intekenaars binnen de voorziene termijnen, kan de dekking slechts geschorst worden mits toepassing van de procedure voorzien in de algemene uitvoeringsregels (AUR). Een eventuele schorsing treft enkel de hoofd- en nevenverzekerden waarvan de toetreding tot dit contract kan worden gerelateerd aan de niet-betalende intekenaar.

Aan de schorsing van de dienstverlening komt onmiddellijk een einde wanneer de verschuldigde premie werd betaald.

**De intekenaar ontvangt de factuur voor de betaling van zijn premie altijd op papier. De opdrachtnemer mag de factuur slechts via elektronische weg sturen als de verzekerde expliciet heeft aangegeven dat hij de factuur op deze manier wil ontvangen.**

#### De hoofdverzekerden

Wanneer de totale premie wordt betaald door de aanbestedende overheid of een intekenaar, dan wordt de totale premie rechtstreeks gefactureerd aan de aanbestedende overheid of intekenaar.

Als de aanbestedende overheid de premie niet of niet volledig ten laste neemt, wordt de facturatie van de totale premie of het saldo (verschil tussen de totale premie en de tussenkomst) individueel geadresseerd aan respectievelijk de aanbestedende overheid of intekenaar en de betrokken verzekerden.

Opmerking: de bedragen van de premies toepasbaar op hoofdverzekerden in de categorie “50 tot 66 jaar inbegrepen” blijven toepasbaar op de hoofdverzekerden die nog in actieve dienst zijn bij de aanbestedende overheid of de intekenaar na hun 67e verjaardag.

#### De nevenverzekerden

De verzekeraar ontvangt rechtstreeks de premie van de nevenverzekerden, voor zover deze de volledige premie moeten betalen.

Het gedeelte van de premie dat in voorkomend geval ten laste wordt genomen door de aanbestedende overheid of intekenaar zal dan ook rechtstreeks aan hen worden gefactureerd.

Op vraag van de aanbestedende overheid of intekenaar, kan er worden overeengekomen om de facturatie voor de hoofdverzekerden en nevenverzekerden te laten gebeuren door tussenkomst van een aangesloten overheid.

### **24.1. Facturering aan de besturen - elektronische facturatie**

**Overeenkomstig artikel 1, 1°, van het koninklijk besluit van 9 maart 2022 tot vaststelling van de modaliteiten aangaande de verplichting voor de ondernemers op het gebied van de elektronische facturering in het kader van overheidsopdrachten en concessieovereenkomsten en artikel 14/1 van de wet van 17 juni 2016 is de gekozen opdrachtnemer ertoe gehouden om zijn facturen elektronisch te versturen.**

Een factuur die niet elektronisch ontvangen werd overeenkomstig de voorschriften in dit hoofdstuk wordt beschouwd als ongeldig en niet ontvangen.

De aanbestedende overheid vereist de verzending van de facturen in elektronisch formaat (in XML volgens de PEPPOL-norm bis).

De facturen kunnen rechtstreeks worden ingediend via <https://digital.belgium.be/e-invoicing> of via uw boekhoudprogramma (dat verbonden is met het PEPPOL-netwerk).

De elektronische factuur bevat ten minste de volgende sleutelementen:

- 1° de identificatiegegevens van het proces en van de factuur;
- 2° de facturatieperiode;
- 3° de gegevens van de opdrachtnemer;

- 4° de gegevens van de aanbestedende overheid;
- 5° de gegevens van de begunstigde van de betaling;
- 6° de gegevens van de fiscaal vertegenwoordiger van de opdrachtnemer;
- 7° het kenmerk van de overeenkomst;
- 8° de details van de diensten;
- 9° de betaal instructies;
- 10° informatie over de verminderingen of bijkomende kosten;
- 11° informatie over de posten in de factuur;
- 12° de totaalbedragen van de factuur;
- 13° de verdeling per btw-tarief.

---

## **25. Vertrouwelijkheid van de informatie en Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG – GDPR)**

Alle informatie die de opdrachtnemer ontvangt in het kader van deze procedure is strikt vertrouwelijk en in het bijzonder de schadestatistieken.

De inschrijver en opdrachtnemer zullen dan ook alle informatie vertrouwelijk behandelen en slechts gebruiken voor de opmaak van hun offerte en om, indien zij als opdrachtnemer worden gekozen, de opdracht uit te voeren.

De verkregen informatie mag niet worden gereproduceerd, gepubliceerd of op om het even welke wijze worden onthuld aan derden, tenzij met voorafgaande, uitdrukkelijke en schriftelijke toestemming van de aanbestedende overheid.

Alle persoonlijke gegevens die de aanbestedende overheid en de opdrachtnemer uitwisselen dienen conform te zijn met de bepalingen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG – GDPR).

De inschrijver en zijn onderaannemers verbinden zich ertoe de persoonlijke gegevens verkregen bij deze opdracht enkel toe te passen voor de uitvoering of ter nakoming van een wettelijke verplichting of met uitdrukkelijke toestemming van de FPD of betrokken intekenaar.

## C. DEFINITIES

1) De "verzekeringnemer": de intekenaars die van de raamovereenkomst gebruik kunnen maken

2) De "hoofdverzekerden":

- a) de statutaire en contractuele personeelsleden die actief in dienst zijn bij een provinciaal of plaatselijk bestuur dat aangesloten is bij de Gemeenschappelijke sociale dienst van de Federale Pensioendienst en, in voorkomend geval, zijn mandaathouders, die zich aansluiten vóór de leeftijd van 67 jaar (tot het einde van het kalenderjaar waarin zij deze leeftijdsgrens bereiken).

Deze verzekerde personeelsleden kunnen, op vrijwillige basis, gratis genieten van deze verzekering, op voorwaarde dat het bestuur hun premie voor zijn rekening neemt.

De personeelsleden verzekerd als hoofdverzekerde die met pensioen gaan vanaf 1 januari 2026, op voorwaarde dat ze op het moment van hun pensioen instemmen met een ononderbroken verderzetting van hun verzekering.

Personeelsleden die op 1 januari 2026 al met pensioen zijn en aangesloten waren bij de groepsverzekering van het provinciaal of lokaal bestuur aangesloten bij de GSD-FPD.

- b) De "nevenverzekerden"

De bij de hoofdverzekerde gedomicilieerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner van de hoofdverzekerden, die bij de verzekering aangesloten zijn vóór de leeftijd van 67 jaar.

De bij de hoofdverzekerde gedomicilieerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner van gepensioneerde personeelsleden, voor zover zij reeds vóór de leeftijd van 67 jaar bij de groepsverzekering waren aangesloten.

De ongehuwde kinderen van bovenvermelde personen waarop de wetgeving inzake het groeipakket (kinderbijslag) van toepassing is of die, indien zij geen recht meer hebben op het groeipakket (kinderbijslag), fiscaal ten laste blijven van deze personen of bij de titularis hun domicilie hebben; de kleinkinderen die ten laste zijn van de bovenvermelde personen of die, indien zij niet meer ten laste zijn, nog steeds bij de titularis (de persoon die recht geeft op hun aansluiting) hun domicilie hebben; de kinderen die onder de wettige voogdij van de bovenvermelde personen zijn geplaatst.

De kinderen van gescheiden of van tafel en bed gescheiden ouders die ten laste zijn op voorwaarde dat de hoofdverzekerde verplicht is alimentatiegeld te betalen of in geval van co-ouderschap.

Er wordt bepaald dat in geval van overlijden van een persoon die bij deze polis is aangesloten en die het recht op aansluiting had geopend, de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner en de kinderen die onder hetzelfde dak wonen van de waarborgen van het contract kunnen blijven genieten zolang de medeverzekerde, zijnde de echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner, niet hertrouwt of een daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.

Er wordt ook bepaald dat de aansluiting bij deze polis facultatief is en dat het huishouden gevormd door een persoon als bedoeld in punt 2) hierboven en de gezinsleden één en dezelfde formule moeten kiezen met betrekking tot de toepassing van de vrijstelling en het type kamer.

3) "Het ziekenhuis":

Een openbare of privé-instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis. Het gaat hier dus niet om gesloten psychiatrische zorginstellingen, 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 instellingen die een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis gekregen hebben.

4) "Palliatieve instelling":

Elke erkende verblijfsinstelling gericht op de huisvesting van personen waarvan de gezondheidstoestand een verblijf in de instelling vereist, evenals een palliatieve behandeling die een observatie, een toezicht en een opvolging veronderstelt die enkel in deze instelling kan uitgevoerd worden.

5) "Ziekenhuisopname":

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

- er wordt effectief gebruik gemaakt van de operatiezaal of van de gipskamer of er is effectief een hospitaalbed gebruikt, met uitsluiting van verblijf in de wachtkamers, de onderzoekkamers en de ruimten voor externe consultatiediensten van het ziekenhuis;
- het gaat om prestaties 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 een 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 tuberculose.

6) "Ongeval":

Een plotse gebeurtenis, die lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van de verzekerde. Het ongeval moet worden vastgesteld door een geneesheer die wettelijk gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het ogenblik dat het ongeval zich voordoet.

7) "Ziekte":

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

## 8) "Franchise/vrijstelling":

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

## 9) "Wettelijke tegemoetkoming":

- Voor de in België gedane kosten: elke terugbetaling waarin voorzien is krachtens de Belgische wetgevingen inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (werknemersstelsel), arbeidsongevallen en beroepsziekten;
- Voor de in het buitenland gedane kosten: elke terugbetaling waarin een met het desbetreffende land afgesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de loontrekkenden voorziet of, bij gebreke hieraan, een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgevingen van toepassing op de werknemers.

## 10) "Categorie D":

De geneesmiddelen die niet behoren tot één van de 7 vergoedingscategorieën<sup>1</sup> worden vaak de "categorie D" geneesmiddelen genoemd. Het zijn geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling voorzien is, zoals kalmeer- of slaapmiddelen.

## 11) Ambulante kosten:

Het betreft medische kosten los van een ziekenhuisopname waarbij de verzekerde zich verplaatst voor behandeling naar de zorgverstrekker, of waarbij de zorgverstrekker zich begeeft naar de verzekerde en alle verbonden medische kosten die niet door de mutualiteit gedekt worden.

---

<sup>1</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-terugbetalen/vergoedbare-farmaceutische-specialiteiten/de-lijst-van-de-vergoedbare-farmaceutische-specialiteiten-de-vergoedingscategorieen>

## D. TECHNISCHE BEPALINGEN

**De inschrijver moet een offerte indienen overeenkomstig de bepalingen van dit bestek. Zoals hierboven vermeld, mogen geen varianten worden voorgesteld.**

De inschrijver heeft niet het recht om verzekerden uit te sluiten op een individuele basis.

---

### 1. Waarborgen

#### 1.1. Hospitalisatie

Bij ziekenhuisopname wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt de verzekeraar de verzorgingskosten terug, voor zover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling (zie ook punt D.2 - Grenzen van de terugbetalingen door de verzekeraar).

##### **1.1.1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van de prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.**

Dienen gewaarborgd te worden:

- 1) De verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de toeslagen/supplementen voor een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen niet in aanmerking worden genomen in de basisformule. Eventuele extra kosten bovenop de dagprijs zijn niet inbegrepen in de basisformule.
- 2) De kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen. Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de erelonen en ereloonsupplementen bij een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen niet in aanmerking worden genomen in de basisformule.
- 3) De kosten voor paramedische prestaties.
- 4) De kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische middelen.
- 5) De chirurgie- en verdovingskosten.
- 6) De kosten voor het gebruik van de operatie- en de bevallingskamer.
- 7) 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. Prothesen die een zuiver esthetisch karakter hebben worden niet terugbetaald.
- 8) 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.
- 9) De wiegendoodtest.
- 10) De kosten voor palliatieve zorgen, met inbegrip van de geneesmiddelen.
- 11) Plastische herstelgeneeskunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval.
- 12) De kosten voor een fertiliteitsbehandeling (IVF).

### **1.1.2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend**

Dienen gewaarborgd te worden:

- 1) De niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal.
- 2) Het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte niet-herbruikbaar materiaal.
- 3) De niet-vergoedbare en onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen.
- 4) De kosten van farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische middelen, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is.
- 5) De homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake.
- 6) De kosten voor:
  - Aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis;
  - Aangepast vervoer tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord door medische reden;
  - Het medisch urgentieteam (MUG).
- 7) De verblijfskosten van een ouder in de kamer van een minderjarige verzekerde, verlengde minderjarigheid inbegrepen (rooming-in).
- 8) Voorgeschreven medische behandelingen zoals: massage, elektrotherapie, mechanotherapie, fysiotherapie, diathermie, radiotherapie, echografie, enz.
- 9) De verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde.
- 10) De verblijfskosten in een eenheid voor palliatieve zorgen.
- 11) Mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur worden aangerekend.

## **1.2. Pre- en posthospitalisatie**

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

### **1.2.1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van de prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.**

Dienen gewaarborgd te worden:

- 1) De kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;
- 2) De kosten van paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- 3) De kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer;
- 4) De kosten van medische protheses die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
- 5) De kosten van de kunstledematen;
- 6) De medische kosten en verzorgingskosten in een revalidatiecentrum;

- 7) De kosten van medische verzorging van de donor die een rechtstreeks verband houden met de transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde verzekerde;
- 8) Geneesmiddelen.

### **1.2.2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend**

Dienen gewaarborgd te worden:

- 1) De niet-vergoedbare en onder categorie “D” in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- 2) De homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- 3) De kosten van verbanden en het medisch materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is;

## **1.3. Ernstige ziekten**

Voor de volgende ziekten: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose, ziekte van Parkinson, difterie, kinderverlamming (polio), cerebrospinale meningitis, pokken, tyfus (vlektyfus, paratyfus, tyfus), encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids, infectieuze hepatitis of virale hepatitis, rodehond, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen die dialyse vereisen, ziekte van Crohn, mucoviscidose, lymphogranulomatose, pancreasonsteking, ziekte van Alzheimer, progressieve spierdystrofie, colitis Ulcerosa, malaria, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt Jacob, scrofulose, brucellose, sclerodermie. De verzekering dekt eveneens de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die in rechtstreeks verband staan met de ziekte.

### **1.3.1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming van de prestaties opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.**

Dienen gewaarborgd te worden:

- 1) De kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
- 2) De kosten van paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- 3) De kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
- 4) De kosten voor het huren van allerlei materiaal;
- 5) De kosten van medische protheses die in rechtstreeks verband staan met de ziekte;
- 6) Geneesmiddelen.

### **1.3.2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend**

Dienen gewaarborgd te worden:

- 1) De niet-vergoedbare en onder categorie “D” in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;

- 2) De kosten van farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische middelen, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is.
- 3) De homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- 4) De vervoerskosten;
- 5) Alle andere kosten waarmee de verzekeraar vooraf heeft ingestemd;
- 6) De kosten voor voorgeschreven pruiken en uitwendige borstprothesen tot een maximaal bedrag van 1 000,00 EUR per voorschrift

Opmerking: De kosten voor een verblijf in een palliatieve zorginstelling wanneer deze zorgen samengaan met prestaties die gedekt zijn onder de punten 1.1. tot 1.3.

#### **1.4. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp.**

Deze verzekering dient ook van toepassing te zijn op de medische kosten voor thuisbevallingen onder begeleiding van een erkende arts of een door het RIZIV erkende verloskundige en poliklinische bevallingen. Bijgevolg zijn bij thuisbevalling en poliklinische bevalling de waarborgen van het hoofdstuk "pre- en posthospitalisatie" zoals hierboven vermeld eveneens van toepassing, met inbegrip van de medische kosten voor de pasgeborene.

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

De tussenkomst voor kraamhulp is beperkt tot twaalf kalenderdagen.

Bovenstaande zorgen komen enkel in aanmerking indien de moeder is aangesloten bij deze hospitalisatieverzekering.

---

## **2. Grenzen van de terugbetalingen door de verzekeraar**

De verzekeraar waarborgt terugbetalingen:

- 1) Per bovenvermelde prestatie opgenomen in punt D.1. die aanleiding geeft tot een wettelijke tegemoetkoming, moet de terugbetaling door de dienstverlener gewaarborgd zijn tot het drievoud van het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming.
- 2) Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend is de waarborg geldig tot een bedrag van 3 000,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar, met dien verstande dat:
  - de terugbetaling van de verblijfskosten van een ouder in de kamer van een kind beperkt is tot 50,00 EUR per nacht;
  - de tussenkomst voor de kosten van een verblijf van een donor is beperkt tot 2 000 EUR;
  - de vervoerskosten bij ernstige ziekten zijn beperkt tot een globaal plafond van 300,00 EUR per persoon en per kalenderjaar;

- 3) In geval van hospitalisatie naar aanleiding van een psychische, psychiatrische of mentale aandoening, wordt de tussenkomst per verzekerde verworven gedurende een al dan niet ononderbroken periode van 36 maanden die begint op de eerste dag die recht geeft op een wettelijke tussenkomst.
- 4) de terugbetaling van kosten voor thuisbevalling bedraagt forfaitair 620,00 EUR per bevalling;
- 5) de tussenkomst voor kraamhulp wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf dagen en tot maximum 820,00 EUR.
- 6) een tussenkomst van 50 % van de kosten tot 1 250,00 EUR per persoon en per kalenderjaar voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie uitgeoefend door een erkende specialist indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien.
- 7) Vruchtbaarheidsbehandeling: IVF, ICSI en IVM
- 8) Extramurale cataractoperatie (voor wat de extramurale oogheekunde betreft, neemt de verzekeraar maximum 600 EUR per persoon en per ingreep te zijnen laste ongeacht het type van het implantaat, de tussenkomst van het ziekenfonds en de honoraria ten laste van de patiënt).

---

### 3. Keuze van de formule

De hoofdverzekerde (die het recht op deze verzekering opent), heeft de keuze tussen de basisformule en de uitgebreide formule. De gekozen formule moet dezelfde zijn voor de hoofdverzekerde als voor de gezinsleden.

Deze keuze is definitief, niettemin:

- kan de verzekerde die voor de uitgebreide formule had gekozen, overstappen naar de basisformule op de jaarlijkse vervalldag, mits het indienen van een expliciete aanvraag ten minste drie maanden voor de jaarlijkse vervalldag. Deze wijziging van formule geldt dan ook zonder uitzondering voor alle verzekerde gezinsleden;
- kan de verzekerde die voor de basisformule had gekozen en wil overstappen naar de uitgebreide formule, dit enkel doen mits akkoord van de verzekeraar, op voorwaarde dat de verzekeraar deze formulewijziging (die voor alle verzekerde gezinsleden geldt) aanvaardt:
  - Bestaande aandoeningen zijn van de verzekering uitgesloten;
  - De bepalingen met betrekking tot de wachtperiode zijn van toepassing.

#### 1) Basisformule: twee- of meerpersoonskamer

Deze formule dekt in geen enkel geval toeslagen voor het verblijf in een eenpersoonskamer. Deze verzekering waarborgt de terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg opgenomen in dit bestek, na eventuele aftrek van de wettelijke en extra-wettelijke tegemoetkomingen.

#### 2) Uitgebreide formule: éénpersoonskamer

De waarborgen zijn dezelfde als deze van de basisformule, onder voorbehoud van het volgende:

- a. de toeslagen voor zowel de verblijfskosten als de erelonen bij een verblijf in een éénpersoonskamer om persoonlijke redenen worden gedekt tot driemaal het bedrag van de wettelijke tussenkomst;
- b. De vrijstelling per verzekerde en per kalenderjaar bedraagt 250 EUR alleen voor prestaties die gedekt worden door de uitgebreide formule en dus niet voor prestaties die gedekt worden door de basisformule.

---

## 4. Vrijstelling

De vrijstelling/franchise is bepaald op 250,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar indien de verzekerde tijdens zijn ziekenhuisopname voor een éénpersoonskamer kiest.

Er is geen vrijstelling in de uitgebreide formule indien de verzekerde vrijwillig kiest voor een gemeenschappelijke kamer of indien geen éénpersoonskamer beschikbaar is.

Er is geen vrijstelling van toepassing in het geval van een ernstige ziekte.

Als een ziekenhuisopname ononderbroken over twee kalenderjaren loopt, wordt de vrijstelling slechts één keer aangerekend.

Wanneer meerdere leden van eenzelfde gezin, die bij 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.

---

## 5. Begin en einde van de verzekering

De verzekering gaat in op 1 januari 2026 voor een periode van 6 jaar.

---

## 6. Einde van de dekking (pensioen, overlijden, ...)

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

### 6.1. De hoofdverzekerden

Aan de individuele dekking van de hoofdverzekerde wordt een einde gesteld op de jaarlijkse vervaldatum door:

- 1) het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op vraag van de hoofdverzekerde d.m.v. een aangetekend schrijven aan de aanbestedende overheid of aan de opdrachtnemer tenminste 3 maanden vóór de jaarlijkse vervaldag van de polis;
- 2) het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de aanbestedende overheid of de intekenaar;
- 3) het overlijden van de hoofdverzekerde;
- 4) het bedrog of poging tot bedrog door de hoofdverzekerde;
- 5) opzegging door de overnemer in geval van het niet vereffenen van de premie.

## 6.2. De nevenverzekerden

Aan de individuele dekking van de nevenverzekerde wordt een einde gesteld op de jaarlijkse vervaldatum door:

- 1) het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op vraag van de hoofdverzekerde d.m.v. een aangetekend schrijven aan de aanbestedende overheid of aan de opdrachtnemer tenminste 3 maanden vóór de jaarlijkse vervaldag van de polis;
- 2) het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de aanbestedende overheid of de intekenaar, behalve in geval van een verandering van statuut van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde bij pensionering;
- 3) overlijden van de nevenverzekerde;
- 4) bij bedrog of poging tot bedrog door de nevenverzekerde;
- 5) opzegging door de overnemer in geval van het niet vereffenen van de premie.

Daarenboven stopt de aansluiting van de gezinsleden zodra zij niet meer beantwoorden aan de criteria van nevenverzekerden, zoals bepaald in artikel 3.

In geval van het hierboven vermelde beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/arbeidsovereenkomst en in geval de gezinsleden niet meer beantwoorden aan de criteria van nevenverzekerde zoals bepaald in punt C “Definities”, blijft, ongeacht de datum van kennisgeving van de beëindiging, de verzekering steeds lopen – en is de premie verschuldigd – tot en met 31 december van het lopende verzekeringsjaar, indien de verzekerde dit wenst.

Indien de verzekerde zijn aansluiting echter vroeger wenst te beëindigen, dient deze binnen de maand na voormelde omstandigheid een schrijven te richten aan de opdrachtnemer.

---

## 7. Wet van 20 juli 2007 (wet Verwilghen)

Elke verzekerde kan, ingeval van verlies van de collectieve dekking, een individuele verzekering gezondheidszorgen afsluiten. Daarbij geniet hij van volgende voordelen:

- er gelden geen medische formaliteiten voor het individuele contract, noch wachtperiode;
- er zijn geen bijkomende uitsluitingen van bestaande aandoeningen of bijkomende beperkingen van medische aard bij het sluiten van het individuele contract;
- de te betalen premie is het individuele tarief in overeenstemming met zijn leeftijd bij aansluiting bij een individuele verzekering;
- de algemene voorwaarden die van kracht zijn bij de voortzetting, zijn deze die van kracht zijn bij individuele contracten, doch aangepast rekening houdend met bovengenoemde voordelen.

### 7.1. Informatie te verstrekken door de intekenaar

De intekenaar brengt de hoofdverzekerde ten laatste 30 dagen na het verlies van de collectieve dekking schriftelijk of elektronisch op de hoogte van:

- het precieze tijdstip van het verlies van de collectieve verzekering;

- de mogelijkheid om de verzekering individueel verder te zetten; - de contactgegevens van de dienstverlener;
- de termijn van 30 dagen waarbinnen de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de nevenverzekerden, het recht op individuele verderzetting kunnen uitoefenen: deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van dit schrijven vanwege de intekenaar.

## 7.2. Toekenningsvoorwaarden

Deze voordelen worden verleend, zowel aan de hoofdverzekerde als aan de eventuele nevenverzekerden indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- 1) De hoofdverzekerde moet gedurende de twee jaren die voorafgaan aan het verlies van de collectieve waarborg, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij één of meer opeenvolgende overeenkomsten gezondheidszorgen, afgesloten bij een erkende verzekeraar.
- 2) Voor de hoofdverzekerde en eventuele nevenverzekerden is de hierboven gestelde voorwaarde niet van toepassing in geval van pensionering, conventioneel brugpensioen of overlijden, voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
- 3) Voor de eventuele nevenverzekerden geldt deze voorwaarde evenmin ingeval van echtscheiding of voor het kind dat niet langer aan de aansluitingsvoorwaarden voldoet, voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
- 4) Voor de in punt b. vermelde gevallen, dient de aanvraag betrekking te hebben op alle verzekerden van eenzelfde gezin die op hetzelfde tijdstip het voordeel van de collectieve verzekering verliezen.
- 5) De aanvraag tot individuele verzekering moet hetzij schriftelijk, hetzij elektronisch ingediend worden binnen 30 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van de informatie uitgaande van de intekenaar, of, in geval van faillissement of vereffening, van de curator respectievelijk de vereffenaar met betrekking tot de mogelijkheid tot individuele verderzetting. Hiertoe worden door de dienstverlener specifieke documenten ter beschikking gesteld.
- 6) Het individuele contract moet in voege treden op de dag waarop de aansluiting bij de collectieve overeenkomst gezondheidszorgen beëindigd wordt.
- 7) Een nevenverzekerde die het voordeel van de collectieve verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt over een termijn van 105 dagen om de individuele verderzetting aan te vragen. Deze termijn begint te lopen vanaf het ogenblik waarop het gezinlid het voordeel van de collectieve verzekering verliest.
- 8) Het recht op individuele verderzetting vervalt hoe dan ook, zowel voor de hoofdverzekerde als voor de nevenverzekerde, indien de verderzetting niet is aangevraagd bij de betrokken dienstverlener binnen een termijn van 105 dagen te rekenen vanaf de dag waarop de hoofdverzekerde of de nevenverzekerde het voordeel van de collectieve dekking heeft verloren.
- 9) De dienstverlener beschikt over een termijn van 15 dagen om de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval de nevenverzekerde, schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen. Hierbij kan niet ingeroepen worden dat het risico reeds verwezenlijkt is.
- 10) Tegelijk met het bezorgen van het aanbod stelt de dienstverlener de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de nevenverzekerde in kennis van de dekkingsvoorwaarden, inzonderheid de gedekte prestaties, de uitsluitingen en de aangiftetermijn. Daarnaast wijst de dienstverlener de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de nevenverzekerde op de termijn van 30 dagen waarover hij beschikt om het aanbod schriftelijk dan wel elektronisch te aanvaarden.

- 11) De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval de nevenverzekerde, beschikken over een termijn van 30 dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het aanbod van de dienstverlener. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.
- 12) De verzekerde waarborg van de individuele verzekering is gelijksoortig met die van de collectieve overeenkomst.

---

## 8. Controle van en toezicht op de overeenkomst

De controle van en het toezicht op dit perceel gebeurt door mevrouw Marie-Françoise RAPPE, adviseur - Tel. 02 529 39 73 van de Gemeenschappelijke sociale dienst (voor de provinciale en plaatselijke besturen).

---

## 9. 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) Een esthetische behandeling of verjongingskuur; de kosten van plastische herstelheeskunde ingevolge een ziekte of een in aanmerking genomen ongeval worden wel ten laste genomen.
- 3) Ziekten of ongevallen overkomen aan de verzekerde:

In staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij:

- i. Wordt bewezen dat er geen oorzakelijk verband is tussen de ziekte of het ongeval en de omstandigheden ervan;
- ii. De verzekerde het bewijs levert dat hij drank of verdovende middelen door onwetendheid heeft gebruikt of hiertoe door een derde werd gedwongen.

T.a.v. alcoholisme, verslaving of overdreven gebruik van geneesmiddelen.

Sterilisatie, anticonceptieve behandeling, tenzij om dringende medische redenen.

Thermale kuren, behalve om dringende medische redenen.

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.

Beoefening van vliegsporten of sporten met gebruik van motorrijtuigen, alsmede de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport.

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.

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.

Vrijwillige verminking of zelfmoordpoging.



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.

## **E. Aanvullende zorgplannen (ambulant zorgplan + plan voor tandzorgen)**

De hieronder aangegeven vrijstellingen, plafonds en wachttermijnen zijn maximale bepalingen en mogen door de dienstverlener aangepast worden bij aanvang van het contract, na overleg met de leidende dienst.

---

### **1. Aansluitingsvoorwaarden**

De aansluiting is gebonden aan de hospitalisatieverzekering en dus enkel voor actieve personeelsleden en de personen die als nevenverzekerden van het personeelslid kunnen aansluiten. De gepensioneerde personeelsleden en hun nevenverzekerden worden niet in aanmerking genomen voor de aanvullende zorgplannen.

De volledige administratieve afwikkeling met betrekking tot de zorgplannen gebeurt exclusief tussen de dienstverlener en het personeelslid. De personeelsdiensten of hun afgevaardigde sociale diensten zullen geen deel nemen aan de verdere dossieropvolging, tenzij expliciet gevraagd door de intekenaar.

Alle briefwisseling en contacten verlopen één op één tussen verzekeraar en verzekerde.

De aansluiting van nieuwe verzekerden kan tijdens de volledige looptijd van het contract, waarbij de verzekerden rekening moeten houden met de eventuele plafonds en wachttermijnen en tevens aangesloten moeten zijn bij de bovenstaande collectieve hospitalisatieverzekering.

Bij de overdracht van het contract aan het einde van dit contract verbindt de dienstverlener zich ertoe de leidende dienst een lijst te verstrekken met de namen van de personen die verbonden zijn aan elke entiteit die had ingetekend op de zorgplannen. Deze lijst moet ten minste 5 maanden vóór het einde van het contract aan de leidende dienst worden voorgelegd.

---

### **2. Waarborgen en plafonds**

#### **2.1. Algemeenheden**

Terugbetaling van 80 % of 50 % van het remgeld voor onderstaande kosten met een totaal plafond van 1 250 EUR per jaar en per verzekerde.

Bij opgave van een vrijstelling mag deze niet hoger zijn dan 75 EUR per jaar.

#### **2.2. Plan voor tandzorgen**

Er dient een jaarpremie te worden opgegeven voor enerzijds kinderen (tot en met 24 jaar en gedomicilieerd bij de hoofdverzekerde) en anderzijds volwassenen (ongeacht of deze hoofdverzekerde of nevenverzekerden zijn) voor een plan tandzorg met onderstaande waarborgen om na aftrek van de

eventuele wettelijke of extralegale tussenkomsten volgende kosten terug te betalen (minimum 80 % van het remgeld).

Er kan geen forfait/vrijstelling worden toegepast voor dit plan.

- bezoeken aan de tandarts voor trekken en onderhouden van tanden;
- radiografie;
- tandheelkundige, orthodontische, paradontologische en preventieve behandelingen, kronen en tandprothesen.

De prestaties kunnen onderworpen worden aan tussenplafonds voor terugbetaling vanaf de datum van aansluiting: 250 EUR in het eerste jaar, 500 EUR in het tweede en 1 250 EUR in het derde jaar.

## 2.3. Ambulant zorgplan

Er dient een jaarpremie te worden opgegeven voor enerzijds kinderen (tot en met 24 jaar en gedomicilieerd bij de hoofdverzekerde) en anderzijds volwassenen (ongeacht of deze hoofdverzekerde of nevenverzekerden zijn) voor een ambulante zorgplan met onderstaande waarborgen om na aftrek van de eventuele wettelijke of extralegale tussenkomsten volgende kosten terug te betalen (minimum 50 of 80 % van het remgeld):

### 2.3.1. Tussenkomst van minimum 80 % van het remgeld

- kosten die in verband staan met medische raadplegingen;
- voorgeschreven geneesmiddelen en verbanden afgeleverd door een apotheker; - paramedische handelingen (verpleegkundige, kinesitherapeut, fysiotherapeut, diëtist, podoloog, logopedist, psycholoog,...);
- medische, radiologische of laboratoriumonderzoeken;
- medische prothesen (zoals een hoortoestel), orthopedische toestellen en kunstledematen, verbanden en spalken;
- optiekkosten:
  - o kosten voor brillen (met een maximum van 100 EUR voor de monturen),
  - o brilglazen: de prestaties kunnen onderworpen worden aan tussenplafonds voor terugbetaling vanaf de datum van aansluiting: 250 EUR in het eerste jaar, 500 EUR in het tweede en 1 250 EUR in het derde jaar
  - o contactlenzen;
- tandheelkundige kosten:
  - o bezoeken aan de tandarts voor trekken en onderhouden van tanden,
  - o radiografie,
  - o tandheelkundige, orthodontische en paradontologische behandelingen, kronen en tandprothesen: de prestaties kunnen onderworpen worden aan tussenplafonds voor terugbetaling vanaf de datum van aansluiting: 250 EUR in het eerste jaar, 500 EUR in het tweede en 1 250 EUR in het derde jaar.

### 2.3.2. Tussenkost van minimum 50 % van het remgeld

- osteopathie, chiropraxie, homeopathie en acupunctuur;
- homeopathische geneesmiddelen

---

## 3. Wachttermijnen

In de periode tussen de aanvraag en de effectieve aansluiting is er geen premie verschuldigd.

Algemene wachttermijn van 6 maanden (of 10 maanden) vanaf de effectieve aansluiting.

Voor wie niet is aangesloten binnen de 3 maand van aanvang contract of aanwerving geldt een wachttermijn van 10 maanden.

Bijkomende specifieke wachttermijn voor volgende prestaties (dus na de algemene wachttermijn):

- Brillen en lenzen: 2 maanden
- Gehoorprothesen: 6 maanden
- Parodontale zorg; tandprothesen, bruggen, kronen, implantaten: 6 maanden
- Orthodontische behandelingen: 16 maanden

---

## 4. Worden niet terugbetaald - uitsluitingen

Prestaties die voortvloeien uit:

- een poging tot zelfdoding of zelfverminking;
- intoxicatie als gevolg van drugsgebruik, misbruik van geneesmiddelen, toxicomanie, dronkenschap;
- een opzettelijke daad;
- sterilisatie, anticonceptieve behandelingen;
- een esthetische ingreep (met uitzondering van reconstructieve plastische chirurgie als gevolg van een ziekte of ongeval);
- ongevallen of ziektes die niet door een medisch onderzoek gecontroleerd kunnen worden.

## F. PRAKTISCHE BEPALINGEN

### 1. Informatiecampagnes

De opdrachtnemer dient bijstand te verlenen aan een informatiecampagne voor de verzekerden.  
Een elektronische en papieren brochure in het Nederlands, Frans en Duits moet worden voorzien.

### 2. Territorialiteit

De verzekering dient van toepassing te zijn in de hele wereld.

Er zijn echter landen waarmee de Belgische ziekenfondsen geen terugbetalingsovereenkomsten gesloten hebben. In dat geval zal de verzekeraar, 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 het ziekenfonds (ziekte- en invaliditeitsverzekering - afdeling gezondheidszorg - werknemersstelsel).

### 3. Terrorisme

Deze polis dekt ook de schade veroorzaakt door een daad van terrorisme, zoals gedefinieerd en geregeld door de wet van 1 april 2007 met betrekking tot de verzekering van schade veroorzaakt door terrorisme (BS 15 mei 2007).

### 4. Aansluiting en wachttijd

#### 4.1. Aansluiting

De verzekeringsnemer deelt voorafgaandelijk aan de verzekeraar mee: de situatie op 1 januari van elk jaar, de nominatieve lijst (namen, voornamen, geboortedatum) van de personen die moeten worden verzekerd.

De verzekeringsnemer deelt eveneens mee;

- 1) De nieuwe aansluitingen en de ontslagen die in het verzekeringsjaar hebben plaatsgevonden. De nieuwe leden genieten de waarborgen van de polis zodra de verzekeraar hun aansluiting heeft ontvangen.
- 2) De wijzigingen in de samenstelling van het gezin van de verzekerden, die de premie kunnen beïnvloeden (geboorte, overlijden, huwelijk, ...). De wijzigingen qua premie en waarborgen gaan in op de dag zelf van de gebeurtenis, voor zover de aanvraag binnen de maand is ingediend.

Zij treden toe door middel van het daartoe bestemde aansluitingsformulier. Het behoorlijk ingevulde formulier moet worden overgemaakt aan de personeelsdienst van de aanbestedende overheid of de intekenaar die het dan overmaakt aan de verzekeraar.

## **4.2. Wachtijd en vroegere ziekten of aandoeningen**

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

### **4.2.1. De hoofdverzekerden waarvan de premie volledig ten laste is van de aanbestedende overheid of intekenaar en hun nevenverzekerden**

Er is geen wachttijd, medische vragenlijst of medisch onderzoek. De waarborgen gaan in op de datum van indiensttreding, voor zover het aansluitingsformulier overgemaakt is binnen de drie maanden. Zo niet gaan de waarborgen in op de eerste van de maand volgend op deze waarin het formulier werd overgemaakt.

Deze regeling geldt zowel voor de hoofdverzekerden die in dienst zijn op de aanvangsdatum van deze verzekeringsovereenkomst als voor de later in dienst tredende hoofdverzekerden.

### **4.2.2. De hoofdverzekerden waarvan de premie niet of slechts gedeeltelijk ten laste is van de aanbestedende overheid of intekenaar en hun nevenverzekerden**

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

Er is geen medische vragenlijst of medisch onderzoek.

De algemene wachtermijn is DRIE MAANDEN.

Deze wachtermijnen vervallen evenwel:

- i. Voor de verzekerden van nieuw toegetreden plaatselijke of provinciale besturen, voor zover zij hun aansluiting bevestigen binnen de drie maanden na de toetreding van het nieuwe bestuur tot de onderhavige collectieve verzekering;
- ii. Voor nieuw in dienst tredende hoofdverzekerden en hun gezin, voor zover de aansluiting plaatsvindt binnen de drie maanden na de gebeurtenis;
- iii. Bij ongeval;
- iv. 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;
- v. 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.

Zonder afbreuk te doen aan de in punt 3 voorziene wachtermijn van drie maanden, is de tussenkomst van de verzekeraar 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.

In afwijking van punten 3 en 4, wordt de 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 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 dit contract

ondergeschikt aan de voorwaarden dat de zwangerschap begon na de aansluiting van de begunstigde bij de vorige verzekering.

Opmerking: procedure bij overstap van de ene verzekering naar een andere

Personen of gezinnen die reeds zouden beschikken over een verzekeringscontract dat voorziet in analoge waarborgen kunnen, na afloop van de bestaande polis, overschakelen naar de collectieve verzekering, zonder een wachttijd te moeten doorlopen. Er mag echter geen onderbreking van verzekering zijn.

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.

#### **4.2.3. Overgang van hoofdverzekerde naar nevenverzekerde**

De overgang van actieve hoofdverzekerde naar niet-actieve hoofdverzekerde bij oppensioenstelling gebeurt zonder wachttijd, medische vragenlijst of medisch onderzoek. Er mag bij deze overgang geen onderbreking van onderhavige overeenkomst zijn.

#### **4.2.4. Weduwen en weduwnaars**

Bij het overlijden van de **actieve of reeds gepensioneerde** hoofdverzekerde kan de dekking worden voortgezet voor zijn reeds aangesloten gezinsleden.

Deze voortzetting is zonder onderbreking van de dekking, voor zolang de betrokken personen hun schriftelijk verzoek aan de verzekeraar binnen de drie maanden na de eerstvolgende jaarlijkse vervalltermijn indienen.

#### **4.2.5. Reeds bestaande ziekten of aandoeningen**

- 1) De tegemoetkomingen worden niet toegekend aan verzekerden indien het bestaan van de aandoening, de ziekte, de invaliditeit, de zwangerschap of bevalling waarvoor een tegemoetkoming wordt gevraagd, niet door de verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger, kon worden ontkend op de datum van aansluiting bij deze polis, zelfs indien de eerste symptomen niet toelieten een duidelijke diagnose te stellen.
- 2) In afwijking van het bovenstaande punt 1) 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 polis, gewaarborgd voor alle personen die, vanaf de datum dat ze in aanmerking komen voor een facultatieve aansluiting bij 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, dan zijn de bepalingen van het bovenstaande punt 1) van toepassing.

---

## 5. Betaling van de premie

De waarborgen van de verzekering worden toegekend mits het betalen van een jaarlijkse premie. De mogelijkheid om de premie per trimester te betalen, dient voorzien te worden indien de verzekerde dit vraagt.

Wanneer een hoofd- of nevenverzekerde een leeftijdsgrens bereikt waardoor hij overgaat van de ene categorie naar een andere, blijft het tarief ongewijzigd tot aan het einde van het kalenderjaar. Dit zal ook zo zijn in geval dat een verzekerde van statuut wijzigt ("actief" naar "niet-actief").

Opmerking: de bedragen van de premies toepasbaar op hoofdverzekerden in de categorie "50 tot en met 67 jaar" blijven toepasbaar op de hoofdverzekerden die nog in dienst zijn na hun 67 jaar.

**De intekenaar ontvangt de factuur voor de betaling van de premie altijd op papier. De opdrachtnemer mag de factuur slechts via elektronische weg sturen als de verzekerde expliciet heeft aangegeven dat hij de factuur op deze manier wil ontvangen.**

---

## 6. Schadebeheer en administratieve ondersteuning

### 6.1. Aangifte - Verplichtingen bij schadegeval

In voorkomend geval moet de verzekerde aan de verzekeraar zo spoedig mogelijk aangifte doen:

- 1) Via internet;
- 2) Aan de terminal in het ziekenhuis (elektronisch derde-betalersysteem) indien het ziekenhuis hiermede is uitgerust;
- 3) Of, indien het ziekenhuis waar de verzekerde is opgenomen niet is uitgerust met een terminal of het elektronisch derde-betalersysteem niet is toegestaan, zo snel mogelijk schriftelijk via het daartoe bestemde document.

Bij deze aangifte dient de verzekerde elk document, verklaring of rapport te voegen als bewijs van het bestaan en de ernst van het voorval. De verzekeraar kan voor de uitvoering van zijn tussenkomst elk aanvullend stuk eisen dat hij nodig acht.

### 6.2. Overmaken van de bewijsstukken inzake de kosten

De verzekerde stuurt naar de verzekeraar alle originele bewijsstukken (ziekenhuisfactuur, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangstbewijzen van de apotheker, ...). Een kopie is niet voldoende. Op voorlegging van de documenten hierboven, betaalt de verzekeraar het bedrag van de vermelde kosten terug **binnen de twintig werkdagen**, na aftrek van:

- 1) het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming of van een fictief gelijkwaardig bedrag wanneer de verzekerde, om welke reden dan ook, geen aanspraak kan maken op een dergelijke tegemoetkoming;
- 2) het bedrag van andere reeds ontvangen terugbetalingen en de vergoedingen gewaarborgd door de eventuele vrije of aanvullende hospitalisatieverzekering van het ziekenfonds waar de verzekerde aangesloten is;
- 3) het bedrag van de contractuele vrijstelling.

Wanneer het elektronisch derde-betalersysteem is toegekend zal de ziekenhuisfactuur via elektronische weg rechtstreeks aan de verzekeraar worden overgemaakt.

Het elektronisch derde-betalerssysteem is een voorschotsysteem. Het betekent niet dat de factuur die door de verzekeraar aan het ziekenhuis werd betaald daadwerkelijk ten laste is van de verzekeraar.

Het kan dat bepaalde kosten door deze verzekering niet worden gewaarborgd (zoals bijvoorbeeld de telefoonkosten, de huur van een tv, de vrijstelling, ...). In voorkomend geval kan de verzekeraar het bedrag van deze niet gewaarborgde kosten rechtstreeks op de verzekerde verhalen. De verzekerde verbindt zich ertoe de kostennota die de verzekeraar hem ter zake zal overmaken binnen de twintig werkdagen na ontvangst ervan terug te betalen. Bij gebrek aan terugbetaling binnen voormelde termijn kan de verzekeraar een invorderingsprocedure tegen de verzekerde opstarten. Dit gebrek aan terugbetaling kan eveneens leiden tot de schrapping van het derde-betalerssysteem.

De verzekeraar kan het bedrag van de niet-gewaarborgde kosten die hij aan het ziekenhuis heeft betaald eveneens recupereren door het in mindering te brengen op elke latere gewaarborgde terugbetaling waarop de verzekerde om eender welke reden nog recht zou hebben.

---

## **7. Individuele voortzetting van de collectieve verzekering gekoppeld aan de beroepsactiviteit**

Behalve in geval van niet-betaling van de premie of in geval van bedrog, heeft elke persoon (onder bepaalde voorwaarden<sup>2</sup>) 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 wachttermijn opleggen.

Dit recht op individuele voortzetting bestaat zowel voor de hoofdverzekerde als voor de verzekerde leden van zijn gezin.

---

## **8. Prijsherziening**

De premies zijn vast gedurende de eerste twee jaar van de overeenkomst (2026 en 2027).

Zij kunnen vervolgens door de verzekeraar worden herzien met ingang op 1 januari van elk van de komende vier jaar.

De kennisgeving van de tariefaanpassing en de nieuwe prijzen moeten per mail ter goedkeuring worden voorgelegd vóór 31 augustus aan de aanbestedende overheid via [SFPD-procurement@sfpd.fgov.be](mailto:SFPD-procurement@sfpd.fgov.be).

Vanaf januari 2028 worden de premies op 1 januari van elk jaar herzien op basis van de globale medische indexen "Waarborg éénpersoonskamer" en "Waarborg twee- en meerpersoonskamer". Deze specifieke indexcijfers worden berekend door de FOD Economie volgens de modaliteiten bepaald in het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis, 4, §3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

---

<sup>2</sup> Toepassing van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

## 8.1. Basisformule

$$P_n = P_o \times (MI2(n-1) / MI2o)$$

Waarbij

n: het jaar waarin de premieherziening wordt berekend

P<sub>n</sub>: het bedrag van de premie in jaar n

P<sub>o</sub>: het bedrag van de premie in 2026

MI2 (n-1): globale medische index twee- en meerpersoonskamer van het jaar n-1

MI2o: globale medische index twee- en meerpersoonskamer van het jaar 2026

## 8.2. Uitgebreide formule

$$P_n = P_o \times (MI2(n-1) / MI2o)$$

Waarbij

n: het jaar waarin de premieherziening wordt berekend

P<sub>n</sub>: het bedrag van de premie in jaar n

P<sub>o</sub>: het bedrag van de premie in 2026

MI2 (n-1): globale medische index éénpersoonskamer van het jaar n-1

MI2o: globale medische index éénpersoonskamer van het jaar 2026

---

## 9. Verplichtingen van de aanbestedende overheid of intekenaars

De aanbestedende overheid of intekenaar:

- o informeert de dienstverlener over het bestaande tussenkomstbeleid in de organisatie, m.a.w. welk gedeelte van de premies de intekenaar ten laste neemt en welk gedeelte van de premies door de verzekerde zelf betaald wordt;
- o duidt een vaste contactpersoon aan binnen het bestuur (per aanbestedende overheid of intekenaar) die de rol van tussenpersoon zal verzekeren en verantwoordelijk is voor de opvolging en uitvoering van het contract;
- o informeert zijn personeelsleden, inclusief nieuw aangeworvenen, over het bestaan van het contract en biedt hen de mogelijkheid om hierbij aan te sluiten door de nodige documenten (informatiebrochures, aansluitingsformulieren, ...) ter beschikking te stellen;
- o kan op vraag van een verzekerde optreden als tussenpersoon tussen de verzekerde en de dienstverlener bij een geschil of dispuut;
- o geeft, op eigen initiatief of op vraag van de verzekerde, de nodige gegevens door aan de dienstverlener bij de inschrijving van een nieuwe verzekerde, bij een wijziging in de gezinstoestand of de beroepssituatie (geboorte, huwelijk, ...);
- o betaalt jaarlijks dat gedeelte van de premie te zijnen laste.

---

## 10. Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde:

- betaalt jaarlijks (of trimestrieel) zijn gedeelte van de premie;
- moet alle nodige maatregelen nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken;
- indien de verzekerde vooraf weet heeft van een ingreep, moet hij de voorziene hospitalisatie mededelen aan de helpdesk van de dienstverlener;
- moet, wanneer het derde-betalerssysteem niet van toepassing is (onder andere wanneer het ziekenhuis het derde-betalerssysteem niet aanvaardt), de dienstverlener zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen van een opname in een verpleeginrichting, een heelkundige ingreep en/of een ongeval door middel van de daartoe bestemde formulieren. Hij voegt bij zijn verklaring elk nuttig document, verklaring of rapport als bewijs van het bestaan en de ernst van het voorval;
- stuurt de dienstverlener alle originele bewijsstukken (ziekenhuisfacturen, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangstbewijzen van de apotheker, enz.).

---

## 11. Verplichtingen van de opdrachtnemer

**De opdrachtnemer is verantwoordelijk voor zijn onderaannemers. Alle aan de opdrachtnemer opgelegde verplichtingen gelden eveneens voor de prestaties die betrekking hebben op zijn onderaannemers.**

### 11.1. In de opstartfase van het nieuwe contract

De opdrachtnemer:

- tekent, samen met de intekenaar, een "uitvoeringsplan" met een beschrijving van de concrete samenwerking en de bijbehorende processen (taakverdeling van de personeelsdienst, van de sociale dienst, van de dienstverlener);
- duidt een specifiek contactpersoon aan voor de contractverantwoordelijken van de intekenaars, waar deze terecht kunnen met andere vragen dan deze bestemd voor de helpdesk of indien zich andere vragen of problemen stellen tijdens de uitvoering van het contract;
- werkt voor elke dienst (intekenaar), samen met de contractverantwoordelijke binnen de betreffende dienst, een gedetailleerd informatie- en communicatieplan uit. De kosten voor de concrete uitwerking van dit plan (opmaak infobrochures en -documenten, organiseren van infosessies, ...) en de verdere ondersteuning van een informatiecampagne zijn ten laste van de dienstverlener;
- richt een helpdesk op waar verzekerden en potentiële verzekerden permanent (tijdens de kantooruren) en in hun eigen taal (Nederlands, Frans, Duits) terecht kunnen voor allerlei informatie met betrekking tot contractvoorwaarden, aansluitingsmogelijkheden, overdraagbaarheid van contracten en polissen, betalingen van facturen en schadegevallen;
- verbindt zich ertoe om documentatie met prijzen en voorwaarden te bezorgen aan elke potentiële klant die in het kader van dit bijzonder bestek een verzekeringscontract kan afsluiten;
- maakt aan elke intekenaar een lijst over van de contactpersonen van de helpdesk voor dit contract, samen met hun gegevens (naam, telefoonnummer, e-mailadressen, ...);

- bezorgt aan alle verzekerden de individuele kaarten, waardoor het “derde-betalerssysteem” kan worden toegepast. Aan alle intekenaars en verzekerden dient een duidelijke en volledige handleiding over de werking van dit systeem, evenals een lijst met de ziekenhuizen waar dit systeem van toepassing is, verspreid te worden;
- verbindt zich ertoe om de lopende schadedossiers over te nemen.

## 11.2. Tijdens de contractperiode

Alle dienstverlening moet zowel in het Nederlands, Frans als Duits kunnen aangeboden worden.

De opdrachtnemer:

- legt de gevraagde documenten voor die worden bepaald in punt F.12;
- informeert de verzekerden en potentiële verzekerden over de voorwaarden van het contract, evenals over de mogelijkheden om de premie trimestrieel te betalen;
- stelt gedurende de volledige looptijd van het contract de helpdesk ter beschikking van de verzekerden;
- beheert de relaties met de individuele verzekerden;
- heeft het recht niet om verzekerden uit te sluiten, tenzij deze hun verplichtingen met bedrieglijk opzet niet zijn nagekomen;
- meldt onmiddellijk alle eventuele problemen van inschrijving of uitvoering aan de betrokkenen en aan de intekenaar;
- factureert jaarlijks aan de hoofd- en nevenverzekerden hun gedeelte van de premie;
- stuurt jaarlijks aan elke intekenaar een globale factuur voor hun gedeelte van de premie, bijkomende gedeeltelijke facturen voor de nieuw aangeslotenen, vergezeld van een verklarende nota ter controle, evenals nuttige statistieken aangaande het contract;
- betaalt de hospitalisatiekosten zo snel mogelijk en in elk geval binnen de **20 werkdagen** terug aan de ziekenhuizen of de individuele verzekerden ;
- legt belangrijke problemen aangaande interpretatie of conflict voor aan de leidende dienst.

---

## 12. Statistieken, rapporten en informatie

### 12.1. Voor de klanten/intekenaars

De opdrachtnemer verbindt zich ertoe voor goedkeuring, en bij voorkeur per e-mail, aan de leidende dienst alle prijslijsten en publiciteitsfolders op te sturen die hijzelf of zijn onderaannemer van plan is te publiceren en bij de klanten te verspreiden, en die betrekking hebben op of verwijzen naar de opdracht.

De documenten mogen slechts worden gepubliceerd of verspreid aan de klanten na goedkeuring door de leidende dienst. De goedkeuring moet uitdrukkelijk worden vermeld op deze documenten.

De opdrachtnemer maakt per trimester aan de intekenaars een rapport met statistieken over, met daarin een overzicht van de verzekerden per categorie, een overzicht van de uitbetaalde schade evenals een overzicht van de facturatie met betrekking tot het personeel van de desbetreffende intekenaar. Deze informatie moet op een elektronische informatiedrager (rekenblad compatibel met Windows of andere besturingssystemen volgens de behoefte) worden overgemaakt.

De opdrachtnemer maakt aan de intekenaars over, op aanvraag: de lijst met naam, voornaam, stamnummer, adres, formule, betalingswijze (trimestrieel of jaarlijks), polisnummer, benaming van de

dienst van tewerkstelling (FOD, ...) en bedrag (of elk element dat toelaat aan de intekenaar om zijn personeelsleden te identificeren).

Bovendien verbindt de dienstverlener zich ertoe om op het einde van de opdracht alle informatie met betrekking tot het collectief verzekeringscontract die nodig is om de overdracht van de verzekering van de ene dienstverlener naar de andere vlot te laten verlopen, over te maken aan de intekenaars (klanten) en aan de nieuwe dienstverlener op een elektronische informatiedrager (rekenblad compatibel met Windows of andere besturingssystemen volgens de behoefte). Deze informatie bevat onder andere alle namen en adressen van de hoofdverzekerden, met de daaraan gekoppelde nevenverzekerden, ...

## **12.2. Voor de leidende dienst**

De opdrachtnemer verbindt zich ertoe de volgende gegevens ter beschikking te stellen van de leidende dienst in één of meerdere elektronische gegevensbestanden:

### **12.2.1. Jaarlijks**

- vóór 1 maart van elk jaar, een globale raming van het schade- en premiecijfer van het afgelopen jaar (eerste maal in 2026);
- jaarlijks, en dit ten laatste eind juni van elk jaar, een rapport met statistieken, tendensen en informatie die toelaten de overeenkomst op te volgen en te evalueren. Deze informatie moet op een elektronische informatiedrager (rekenblad compatibel met MS Windows) worden overgemaakt. Dit rapport vermeldt per intekenaar/klant onder andere het aantal verzekerden per categorie, een overzicht van de ontvangen premies en een gedetailleerd overzicht van de uitbetaalde schade.

### **12.2.2. Einde contract**

- een evaluatierapport met betrekking tot het verloop van het contract, de kenmerken en bijzonderheden. Dit rapport bevat onder andere per contractjaar een overzicht van de populatie per dienst en per categorie en een overzicht van de schadelast.

### **12.2.3. Op aanvraag**

- een gedetailleerd overzicht met de vermelding van het aantal verzekerden per categorie en per intekenaar
  - o De opdrachtnemer verstrekt de bovenstaande informatie op verzoek binnen een termijn van 14 kalenderdagen.  
Een boete van € 50 per begonnen kalenderdag vertraging is van toepassing. Deze boete zal worden afgetrokken van de totale borgsom.

### 12.3. Voor de aangeslotenen

De opdrachtnemer verbindt zich ertoe aan de klanten die erom vragen een kopie van de beschikbare informatie en folders over te maken.

### 12.4. Einde contract

- 1) Een evaluatierapport met betrekking tot het verloop van het contract, de kenmerken en bijzonderheden. Dit rapport bevat onder andere per contractjaar een overzicht van de populatie per dienst en per categorie en een overzicht van de schadelast.

Bovendien verbindt de opdrachtnemer zich ertoe om aan de aanbestedende overheid en aan de nieuwe opdrachtnemer alle informatie met betrekking tot het collectief verzekeringscontract over te maken om de overdracht van de verzekering naar de toekomstige opdrachtnemer vlot te laten verlopen, en dit op een elektronische informatiedrager (rekenblad compatibel met Windows of andere besturingssystemen volgens de behoefte). Deze informatie bevat onder andere alle namen en adressen van de hoofdverzekerden, met de daaraan gekoppelde nevenverzekerden, ...

---

## 13. Straffen

### 13.1. Ten opzichte van de leidende dienst

Aangezien bij aanvang van de opdracht geen totale aannemingssom kan worden bepaald, en dit om dezelfde redenen als vermeld onder punt B.16, wordt afgeweken van de artikels 45 en 72 van de AUR wat betreft de straffen voor inbreuken op de verplichtingen die dit bijzonder bestek voorschrijft ten opzichte van de aanbestedende overheid, de intekenaar of de aangeslotenen (zie bijvoorbeeld punt F.12, ...).

Indien voor dergelijke inbreuken geen rechtvaardiging werd aanvaard of binnen de vereiste termijn werd verstrekt, worden deze van rechtswege bestraft met een forfaitaire straf van 50 euro per kalenderdag van niet-uitvoering. Aangezien de opdrachtnemer in beginsel geen opeisbare bedragen heeft ten opzichte van de leidende dienst, zal het bedrag van deze straffen op de borgtocht ingehouden worden.

### 13.2. Ten opzichte van de bestellende klant

Wat betreft de inbreuken op de verplichting die dit bestek voorschrijft ten opzichte van de intekenaar, zijn de in de AUR vermelde bepalingen integraal van toepassing, voor zover er niet elders in dit bijzonder bestek wordt afgeweken en met dien verstande dat dergelijke straffen worden opgelegd door de bestellende klant en berekend worden op het bedrag van de bestelling.



---

#### **14. Continuïteit van de lopende dossiers (overname op 1.1.2026)**

De inschrijver aan wie de opdracht wordt gegund, is verplicht om de dossiers over te nemen die werden geopend op basis van de huidige hospitalisatieverzekering en de continuïteit te verzekeren van de waarborgen die de hoofdverzekerden en de medeverzekerden genieten naar aanleiding van een hospitalisatie, een aandoening of een ziekte die zich voordoet vóór 1 januari 2026 en gedekt is door de huidige collectieve polis.

## G. Bijlagen

- 1) Offerteformulier
- 2) Uniform Europees Aanbestedingsdocument
- 3) Meetstaat
- 4) Statistieken met betrekking tot de schadegevallen
- 5) Lijst van de besturen en de intekenaars

Goedgekeurd,



Vincent Mahieu,  
Adjunct-administrateur-generaal