

# Medisch Plan Gezondheidszorgen

## Liantis

### Reglement

---

#### 1. Definities

##### 1.1. Medisch plan Gezondheidszorgen

Het Medisch plan Gezondheidszorgen Liantis (verder genoemd het plan) wordt bepaald door onderhavig reglement alsook door eventuele bijlagen.

##### 1.2. Verzekeringnemer

Liantis corporate vzw  
Sint-Clarastraat 48  
8000 BRUGGE  
ondernemingsnummer: 0869 494 241

Gemeenschappelijke borgstellingskas van de bouwunie cvba  
Maria-Theresiastraat 35  
1800 VILVOORDE  
ondernemingsnummer: 0403 254 239

Patronale vereveningsdienst voor het gewaarborgd loon van de bouwunie vzw  
Dirk-Martensstraat 26/2  
8000 BRUGGE  
ondernemingsnummer: 0410.482.026

handelend in eigen naam alsook in naam en voor rekening van de hieronder opgesomde vennootschap, voor alles wat de uitvoering van dit plan betreft en om in naam van de verbonden vennootschap alle bijlagen te ondertekenen die de bepalingen van dit plan wijzigen.

Liantis fonds voor aanvullend pensioen ofp  
Sint-Clarastraat 48  
8000 BRUGGE  
ondernemingsnummer: 0443 380 961

Liantis sociaal secretariaat vzw  
Sint-Clarastraat 48  
8000 BRUGGE  
ondernemingsnummer: 0406 558 771

Liantis talent services nv  
Sint-Clarastraat 48  
8000 BRUGGE  
ondernemingsnummer: 0461 724 354

Liantis afwezigheidscontrole vzw  
Willebroekkaai 37  
1000 BRUSSEL  
ondernemingsnummer: 0457 816 145

Liantis HR consult nv  
Sint-Clarastraat 48  
8000 BRUGGE  
ondernemingsnummer: 0475 397 889

Liantis sociaal verzekeringsfonds vzw  
Willebroekkaai 37  
1000 BRUSSEL  
ondernemingsnummer: 0409 088 689

Liantis ondernemingsloket vzw  
Willebroekkaai 37  
1000 BRUSSEL  
ondernemingsnummer: 0480 204 636

Liantis externe dienst voor preventie en bescherming vzw  
Willebroekkaai 37  
1000 BRUSSEL  
ondernemingsnummer: 0409 862 018

Liantis risk solutions nv  
Sint-Clarastraat 48  
8000 BRUGGE  
ondernemingsnummer: 0433 343 936

Liantis solidariteitsfonds ovv  
Willebroekkaai 37  
1000 BRUSSEL  
ondernemingsnummer: 0882 072 963

Liantis group vzw  
Sint-Clarastraat 48  
8000 BRUGGE  
ondernemingsnummer: 0408 002 685

Liantis IT cvba  
Sint-Clarastraat 48  
8000 BRUGGE  
ondernemingsnummer: 0436 534 147

Auxilio vzw  
Willebroekkaai 37  
1000 BRUSSEL  
ondernemingsnummer: 0880 380 908

Integraal vzw  
Willebroekkaai 37  
1000 BRUSSEL  
ondernemingsnummer: 0445 087 072

### **1.3. Verzekeraar**

Fidea nv  
Delacensierstraat 1  
2018 ANTWERPEN  
ondernemingsnummer: 0406 006 069

### **1.4. Beheerder**

Vanbreda Risk & Benefits nv  
Plantin en Moretuslei 297  
2140 ANTWERPEN  
ondernemingsnummer: 0404 055 676

### **1.5. Acute infectieziekten**

In het kader van dit plan, worden als acute infectieziekten beschouwd, de volgende – limitatief omschreven – ziekten: rubeola, mazelen, waterpokken, roodvonk, difterie, kinkhoest, bof, kinderverlamming, cerebrospinale meningitis, dysenterie, paratyfus, tyfus, vlektyfus, cholera, pokken, paludisme, recurrenente koorts.

### **1.6. Ambulante verzorging**

Prestaties verleend buiten de periode van hospitalisatie.

### **1.7. Hospitalisatie**

- a) Een medisch noodzakelijk verblijf in een verplegingsinstelling waarvoor ofwel tenminste één ligdag wordt aangerekend ofwel, indien er geen overnachting is, een mini- of maxiforfait, een forfait dagziekenhuis 1 t.e.m. 7, een forfait chronische pijn 1 t.e.m. 3 of een gipskamer wordt aangerekend.
- b) In het kader van dit plan wordt, in tegenstelling tot het hierboven bepaalde, een medisch noodzakelijk verblijf of – opname ten gevolge van een tandbehandeling enkel aanzien als een hospitalisatie indien er een overnachting is.

### **1.8. Ongeval**

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

### **1.9. Palliatieve verzorging**

Het geheel van de multidisciplinaire totaalzorg die wordt verstrekt aan de patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, spirituele en zingevende, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn, zoals verstrekt door een overkoepelend samenwerkingsverband tussen vertegenwoordigers van eerstelijns hulpverleners, organisaties, instellingen, verenigingen en diensten dat wordt erkend door de bevoegde overheid. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het leven van de patiënt voor een zo lang mogelijke periode te waarborgen en te optimaliseren.

### **1.10. Prestaties**

In het kader van dit plan bedoelt men met prestaties:

- de medische en paramedische diensten verstrekt of voorgeschreven door een geneesheer en opgenomen in de nomenclatuur der geneeskundige verzorging en uitkeringen. Meer bepaald gaat het hier om de daden van raadpleging, onderzoek, behandeling en toezicht;
- prothesen, orthopedische toestellen, synthesemateriaal, geneesmiddelen en verbanden.

### **1.11. Prothese, orthopedische toestellen, synthesemateriaal, geneesmiddelen en verbanden**

In het kader van dit plan wordt verstaan onder:

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

### **1.12. Verplegingsinstelling**

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

In het kader van dit plan worden echter de volgende instellingen niet erkend als verplegingsinstelling:

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

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

### **1.13. Verzekerde**

De persoon die aangesloten is bij dit plan en op wie het risico rust.

### **1.14. Verzekeringsjaar**

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarvervaldatum van dit plan. Indien de aansluitingsdatum van een bepaalde verzekerde niet samenvalt met de jaarvervaldatum van dit plan, bestaat het eerste verzekeringsjaar, voor wat betreft die specifieke verzekerde, uit het aantal maanden gelegen tussen de voornoemde aansluitingsdatum en de jaarlijkse vervaldatum.

### **1.15. Voorafbestaande aandoening**

De ziekten, ongevallen, zwangerschappen of bevallingen die zich hebben voorgedaan vóór de aansluitingsdatum van de verzekerde.

### **1.16. Vrijstelling**

Deel van de verzekerde kosten dat ten laste blijft van de verzekerde en dat bepaald is in artikel 6.3.

### **1.17. Wachtijd**

De periode die ingaat op de datum waarop de verzekeraar de toetreding van de verzekerde aanvaardt. De kosten voor een hospitalisatie die een aanvang neemt gedurende die periode alsook deze voor een ernstige ziekte die een aanvang neemt gedurende die periode, betaalt de verzekeraar niet terug. Deze periode wordt in artikel 2.2. gepreciseerd.

### 1.18. Wettelijke tegemoetkoming

Onder wettelijke tegemoetkoming wordt, in het kader van dit plan, verstaan:

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

### 1.19. Ziekenhuisfactuur

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

### 1.20. Ziekte

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

## 2. Aansluiting – Aanvaarding van risico's

### 2.1. Hoofdverzekerden

Voor de personeelsleden in dienst van de verzekeringnemer, jonger dan 65 jaar, die aangesloten zijn op en genieten van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en hun woonplaats en vaste verblijfplaats in België hebben, is de aansluiting **verplicht**. Ze vindt plaats op de dag van hun indiensttreding, maar ten vroegste op de dag van aanvang van dit plan.

De aansluiting gebeurt zonder medische formaliteiten. Er gelden geen wachttijden. Voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

De zelfstandige bestuurders die reeds aangesloten waren op het vorig plan, blijven aangesloten.

In geval van instap in **SWT** (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag) of **pensionering**, blijft de aansluiting bij dit plan behouden voor zowel de hoofdverzekerde als de op dat ogenblik aangesloten nevenverzekerden.

De ex-ADMB medewerkers die reeds op pensioen zijn op 1/1/2019 en aangesloten zijn bij de polis 49/12287 op naam van het Sociaal Fonds van de Groep ADMB, en de ex-Zenito medewerkers die op 1/1/2019 reeds op pensioen zijn en aangesloten zijn bij de polis 59.550.007 op naam van Zenito Sociaal Verzekeringsfonds vzw, Zenito Aanvullend Pensioen cvba, Zenito Solidariteitsfonds ovv, BIS vzw, CIP vzw, Auxilio vzw, Zenitor vzw, Sovi cvba, Integraal vzw, Neos vzw en Zenito Service vzw worden ook beschouwd als hoofdverzekerden

Bij een **periode van schorsing van de arbeidsovereenkomst door loopbaanonderbreking** of in geval van **langdurige ziekte**, blijven de waarborgen behouden.

De aansluiting wordt stopgezet:

- bij de beëindiging of verbreking van de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer, behalve in geval van SWT of pensioen;
- bij het overlijden van de hoofdverzekerde;
- bij het einde van dit plan.

## 2.2. Nevenverzekerden

Worden beschouwd als **nevenverzekerden**:

- de echtgeno(o)t(e) van de hoofdverzekerde, jonger dan 65 jaar;
- de samenwonende partner van de hoofdverzekerde, jonger dan 65 jaar, die een echtelijke relatie heeft met de hoofdverzekerde en woont op dezelfde woonplaats. Het samenwonen moet gestaafd worden aan de hand van een officieel bewijsstuk van samenwoning, afgeleverd door het gemeentebestuur;
- de natuurlijke of adoptiekinderen van de hoofdverzekerde, ongeacht hun juridisch statuut, jonger dan 25 jaar en kinderbijslaggerechtigd;
- de inwonende kinderen van de echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner van de hoofdverzekerde, jonger dan 25 jaar en kinderbijslaggerechtigd.

De nevenverzekerden dienen aangesloten te zijn op en te genieten van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en hun woonplaats en vaste verblijfplaats in België hebben

Bij aansluiting van het gezin dienen alle voornoemde leden ervan aan te sluiten, behalve wanneer het gezinslid een soortgelijke verzekering heeft. Van dit laatste dient een attest te worden voorgelegd.

Pasgeborenen worden aangesloten vanaf hun geboorte.

De aansluiting gebeurt zonder medische formaliteiten. In geval van een tijdige aansluiting, gelden geen wachttijden en zijn voorafbestaande aandoeningen verzekerd.

De nevenverzekerden sluiten aan op de dag van het recht op aansluiting, maar ten vroegste op de dag van aansluiting van de hoofdverzekerde.

De dag van het recht op aansluiting is:

- voor de echtgeno(o)t(e): de dag van het huwelijk;
- voor de samenwonende partner: de dag van de start van het samenwonen;
- voor een kind: de geboorte- of adoptiedag.

De aansluiting dient te gebeuren binnen de 2 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting. Indien de aansluiting later plaatsvindt, is er sprake van een laattijdige aansluiting.

Een laattijdige aansluiting kan slechts plaatsvinden op 1 januari van elk jaar, de aanvraag moet vóór 15 december in het bezit zijn van de beheerder.

In geval van een laattijdige aansluiting is er een wachttijd van 9 maanden. Deze wachttijd geldt voor alle hospitalisaties en ernstige ziektes, ongeacht de oorzaak ervan, behalve voor schadegevallen die ofwel:

- het gevolg zijn van een acute infectieziekte;
- het gevolg zijn van een ongeval na de aansluiting;
- betrekking hebben op pasgeborenen voor zover de rest van het gezin op diens geboortedatum reeds 6 maanden aangesloten zijn op dit plan.

Tijdens de wachttijd is er geen premie verschuldigd.

De **aansluiting van de nevenverzekerden** wordt **stopgezet**:

- bij de beëindiging of verbreking van de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer, behalve in geval van SWT of pensionering;
- op de jaarlijkse vervalldag van dit plan bij vrijwillige beëindiging van de aansluiting, tenzij de beëindiging van de aansluiting het gevolg is van een soortgelijke verzekering. De vrijwillige beëindiging van de aansluiting moet ten minste één maand vóór de vervalldag schriftelijk meegedeeld worden. Latere heraanluiting is niet mogelijk tenzij de stopzetting het gevolg was van de aansluiting bij een soortgelijke verzekering;

- bij het overlijden van de nevenverzekerde;
- in geval van verlies van statuut van nevenverzekerde;
- bij het einde van dit plan.

Indien de verzekerde op het ogenblik van verlies van de hoedanigheid van verzekerde nog gehospitaliseerd is, zal de beheerder niettemin die hospitalisatiekosten en de desbetreffende posthospitalisatiekosten terugbetalen, op voorwaarde dat deze verzekerd zijn, en dit gedurende een maximumtermijn van zes maanden te rekenen vanaf die datum.

### 3. Voorwerp van dit plan

Dit plan voorziet een terugbetaling van de kosten gemaakt voor de prestaties die een rechtstreeks verband vertonen met de oorzaak van de verzekerde hospitalisatie, respectievelijk met de oorzaak van de verzekerde ernstige ziekte.

#### 3.1. Hoofdwaarborg "hospitalisatie"

In geval van een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, voorziet deze waarborg de terugbetaling van de kosten die tijdens de medisch noodzakelijke hospitalisatie gemaakt worden.

De terugbetaling omvat de kosten:

- voor **verblijf**;
- de **medische en paramedische diensten** verstrekt of voorgeschreven door een geneesheer en opgenomen in de nomenclatuur der geneeskundige verzorging en uitkeringen. Meer bepaald gaat het hier om de daden van raadpleging, onderzoek, behandeling en toezicht, ongeacht of hiervoor een wettelijke tegemoetkoming bestaat. Indien er geen wettelijke tegemoetkoming bestaat, bedraagt de tussenkomst voor maximum 2.500,00 EUR per verzekerde per verzekeringsjaar. Dit is een gemeenschappelijk plafond voor deze kosten en de kosten voor prothesen, orthopedische toestellen, synthesemateriaal, geneesmiddelen en verbanden zonder wettelijke tussenkomst en geldt voor alle waarborgen samen;
- voor **prothesen, orthopedische toestellen, synthesemateriaal, geneesmiddelen en verbanden**, ongeacht of hiervoor een wettelijke tegemoetkoming bestaat. Indien er geen wettelijke tegemoetkoming bestaat, bedraagt de tussenkomst maximum 2.500,00 EUR per verzekerde per verzekeringsjaar. Dit is een gemeenschappelijk plafond voor deze kosten en de kosten voor medische en paramedische diensten zonder wettelijke tussenkomst en geldt voor alle waarborgen samen;
- voor **vervoer**, voor zover dit gebeurt via een daartoe medisch uitgerust transportmiddel en voor zover het vervoer medisch verantwoord wordt door de vereiste spoed en de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- de **overnachting van één van de ouders** op dezelfde kamer bij een gewaarborgde hospitalisatie van een verzekerd kind dat jonger is dan 18 jaar (= bij-overnachting of rooming-in). De terugbetaling van deze kosten bedraagt maximum 25,00 EUR per bij-overnachting;
- voor het **verblijf van een orgaan- of weefseldonor** op voorwaarde dat deze zich vrijwillig en bewust voor dit donorschap laat hospitaliseren;
- de kosten voor het **mortuarium**, op voorwaarde dat deze opgenomen zijn op de ziekenhuisfactuur.

Voor geestes- en zenuwziekten worden de kosten terugbetaald gedurende een, al dan niet aaneengesloten, periode van hospitalisatie van maximaal 120 dagen.

### 3.2. Pre- en posthospitalisatieverzorging

De kosten die de verzekerde werkelijk heeft gemaakt voor medisch noodzakelijke ambulante verzorging en dit tijdens een periode van 3 maanden vóór de begindatum van de verzekerde hospitalisatie en 6 maanden na de einddatum van deze hospitalisatie worden onder deze waarborg terugbetaald.

Andere kosten die tijdens de pre-en posthospitalisatieperiode eveneens in aanmerking komen voor een tussenkomst zijn:

- de kosten voor prestaties waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming bestaat. Deze kosten worden terugbetaald aan 50%. De tussenkomst bedraagt maximum 2.500,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. Dit is een gemeenschappelijk plafond voor alle waarborgen samen;
- de kosten voor het verblijf van de verzekerde in een instelling die zich bezig houdt met palliatieve verzorging, anders dan een verplegingsinstelling;
- de kosten voor alternatieve geneeswijzen zoals acupunctuur, homeopathie, osteopathie, chiropractie enz., voor zover deze toegepast worden door personen die niet wettelijk gemachtigd zijn de geneeskunde uit te voeren. Deze kosten zijn verzekerd met een maximum van 500,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Deze kosten worden gevoegd bij de kosten gemaakt tijdens de hospitalisatie, zonder aanleiding te geven tot het toepassen van een nieuwe vrijstelling.

De kosten voor **vervoer** tijdens deze pre- en posthospitalisatieperiode worden niet terugbetaald.

### 3.3. Waarborg ambulante verzorging “ernstige ziekten” en ongevallen

In geval van kanker, leukemie, diabetes, AIDS, TBC, roodvonk, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe, multiple sclerose, differitis, poliomyelitis, cerebrospinale meningitis, pokken, tyfus, tyfuskoorts, paratyfuskoorts, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, brucellose, nieraandoeningen waarvoor nierdialyse vereist is, virale hepatitis, de ziekte van Alzheimer, mucoviscidose, hereditaire musculaire dystrofie, malaria, de ziekte van Crohn, amyotrofische laterale sclerose, de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, de ziekte van Lyme, mononucleose en het Treacher Collinssyndroom, of indien de verzekerde het slachtoffer wordt van een ongeval dat aanleiding geeft tot een verzekerde hospitalisatie, worden de werkelijk voor behandeling gemaakte kosten voor medisch noodzakelijke ambulante verzorging, voor zover het prestaties betreft, geleverd in een periode anders dan deze voorzien in de waarborg Hospitalisatie en Pre-en posthospitalisatieverzorging terugbetaald.

Worden eveneens terugbetaald binnen deze waarborg:

- de kosten voor prestaties waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming bestaat. Deze kosten worden terugbetaald aan 50%. De tussenkomst bedraagt maximum 2.500,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. Dit is een gemeenschappelijk plafond voor alle waarborgen samen;
- de kosten verbonden aan de huur van medisch materiaal;
- de kosten voor het verblijf van de verzekerde in een instelling die zich bezig houdt met palliatieve verzorging, anders dan een verplegingsinstelling;
- de kosten voor alternatieve geneeswijzen zoals acupunctuur, homeopathie, osteopathie, chiropractie enz., voor zover deze toegepast worden door personen die niet wettelijk gemachtigd zijn de geneeskunde uit te voeren. Deze kosten zijn verzekerd met een maximum van 500,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De kosten voor **vervoer** worden niet terugbetaald.



#### 4. Uitsluitingen

1. De waarborgen worden niet verleend voor kosten ten gevolge van de hospitalisaties, respectievelijk de ernstige ziekten, die het gevolg zijn van:
  - natuurrampen en oorlogsfeiten;
  - oproer, burgerlijke onlusten, collectieve gewelddaden met politieke, ideologische of sociale inslag, tenzij de verzekerde bewijst dat hij, buiten het geval van wettelijke zelfverdediging, er niet actief en vrijwillig aan heeft deelgenomen;
  - ieder feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong die voortspruiten uit of het resultaat zijn van radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire brandstoffen, producten of radioactieve afvalstoffen, evenals de schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortspruit uit ioniserende stralingen;
  - poging tot zelfmoord dan wel opzettelijke of roekeloze daad van de verzekerde;
  - dronkenschap, alcoholisme, alcoholintoxicatie;
  - het gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij de verzekerde bewijst dat dit gebruik het gevolg is van een medisch voorschrift.
  
2. Dit plan geldt evenmin voor:
  - louter esthetische verzorging of behandelingen, tenzij zij het rechtstreekse gevolg zijn van een verzekerd ongeval of van een ernstige ziekte;
  - borstreducties en – vergrotingen, liposucties alsook alle behandelingen met het oog op het nastreven van gewichtsverlies, zelfs indien deze behandeling aangewezen zou zijn op basis van andere medische gronden;
  - kuurbehandelingen;
  - de kosten voor bijstand en bewaking van de verzekerde met uitzondering van deze voor bij-overnachting, zoals bepaald in artikel 3.1.;
  - sterilisaties, contraceptieve behandelingen, vruchtbaarheidsbehandelingen, kunstmatige bevruchtingen, behandelingen van impotentie en vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen;
  - de hospitalisaties die reeds een aanvang namen vóór de aansluitingsdatum van de verzekerde;
  - voorafbestaande aandoeningen, alsook voor de rechtstreekse gevolgen van deze voorafbestaande aandoeningen. De waarborg geldt wel indien de verzekerde ondertussen genezen is geweest. Hij wordt als genezen beschouwd indien er op hem, gedurende een ononderbroken periode van één jaar, waarvan het einde zich na de aansluitingsdatum voordoet, geen enkele prestatie werd verricht, die verband houdt met de voorafbestaande oorzaak. Deze uitsluiting is niet van toepassing voor de tijdig aangesloten verzekerden;
  - prestaties waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is.

#### 5. Territoriale begrenzing

De waarborgen gelden in de gehele wereld.

De maximale tussenkomst vanuit dit plan voor kosten gemaakt in het buitenland, bedraagt **25.000,00 EUR** per verzekerde en per verzekeringsjaar.

## 6. Bedrag van de tussenkomst

6.1. Op het bedrag van de gewaarborgde kosten worden achtereenvolgens in mindering gebracht:

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

6.2. De tussenkomst van het plan is voor de waarborgen "hospitalisatie" en "pre-posthospitalisatieverzorging" en ambulante zorgen in geval van "ernstige ziekten" onbeperkt.

De tussenkomst voor de kosten voor **prestaties waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien**, bedraagt maximum 2.500,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De tussenkomst voor de kosten voor **palliatieve verzorging** wordt beperkt tot maximum 100,00 EUR per dag.

De tussenkomst voor de kosten voor vervoer, bij-overnachting, verblijf van een donor, de huur van medisch materiaal en voor verblijf in een instelling voor palliatieve verzorging tezamen, bedraagt maximum 750,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. In geval van medisch verantwoord vervoer met een helikopter, wordt de tussenkomst voor bovenvermelde kostensoorten verhoogd tot 2.500 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Voor de kosten voor **verblijven en prestaties geleverd in een verplegingsinstelling gelegen in het Brussels hoofdstedelijk gewest**, geldt de volgende regeling:

- a) per prestatie waarvoor een wettelijke tegemoetkoming bestaat, bedraagt de terugbetaling vanuit dit plan maximum 2 keer het bedrag van de wettelijke tegemoetkoming;
- b) per gefactureerde ligdag bedraagt de tussenkomst voor het verblijf maximum het bedrag van het remgeld, verhoogd met 75,00 EUR.

In geval van een hospitalisatie ten gevolge van een bevalling, die maximum 4 ligdagen duurt of in geval van een thuisbevalling, wordt een forfaitair bedrag voor **kraamhulp** vergoed, ten belope van 40,00 EUR vermenigvuldigd met een factor die gelijk is aan het verschil tussen 10 en het aantal gefactureerde hospitalisatiedagen. Dit bedrag wordt enkel toegekend indien de kraamzorg dagelijkse, medische verzorging door een erkende kraamhulpinstelling betreft.

6.3. De **vrijstelling** bedraagt **175,00 EUR** per verzekerde en per verzekeringsjaar voor de waarborgen omschreven in artikel 3.1 en 3.2. Deze vrijstelling is enkel van toepassing bij een hospitalisatie in een eenpersoonskamer, inclusief bij daghospitalisatie. Men spreekt van een hospitalisatie in een eenpersoonskamer indien er minstens één ligdag is aangerekend in een eenpersoonskamer.

Er is **geen vrijstelling** voor de waarborg ambulante verzorging "ernstige ziekten" en ongevallen, zoals beschreven in artikel 3.3.

## **7. Keuze van geneesheer en van verpleeginrichting**

De verzekerde heeft de vrije keuze van:

- de geneesheren die wettelijk gemachtigd zijn te praktiseren;
- de verpleeginrichtingen;
- de kamer in een verpleeginrichting.

## **8. Verval van de waarborg**

De individueel betrokken verzekerde zal verval van de waarborg oplopen:

- indien valse certificaten worden voorgelegd of indien valse verklaringen worden gedaan of feiten, die de beslissing van de beheerder zouden hebben beïnvloed, bewust werden verzwegen;
- indien door vrijwillige vertraging of het nalaten een ziektegeval tijdig aan de beheerder te melden, het niet meer mogelijk wordt met zekerheid na te gaan of een schadegeval al dan niet binnen de waarborg valt.

## **9. Verplichtingen van de verzekerde bij schadegevallen en modaliteiten van uitbetaling**

- 9.1. De verzekerde of zijn aangestelde moet de beheerder op de hoogte brengen van iedere hospitalisatie en van iedere gebeurtenis waarvoor de waarborgen zoals hiervoor bepaald kunnen ingeroepen worden. Hij dient dit te doen binnen 15 dagen na het begin van de hospitalisatie of de gebeurtenis, via het door de beheerder ter beschikking gestelde aangifteformulier, via mail of telefonisch.

Indien nodig kan de beheerder bijkomende informatie vragen. De beheerder behoudt zich het recht voor om de diagnose te laten bevestigen door middel van een door hem te bepalen onderzoek en/of attest.

- 9.2. De verzekerde kosten worden terugbetaald na voorlegging van:

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

De beheerder moet deze bewijsstukken uiterlijk binnen de wettelijk voorziene termijn te ontvangen. Ze blijven in zijn bezit. Als hij dit nodig acht, kan hij bijkomende bewijsstukken vragen.

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

- 9.4. Indien de verzekerde of zijn aangestelde één van de verplichtingen hem opgelegd door punten 1, 2 en 3 van dit artikel niet nakomt, behoudt de verzekeraar zich het recht voor om de uitkering zoals berekend overeenkomstig artikel 6 hiervoor, te verminderen tot beloop van de door hem, omwille van deze vertraging of nalatigheid, geleden schade. De verzekeraar kan de dekking zelfs weigeren indien de verzekerde deze verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen. De premies met betrekking tot de bewuste verzekerde die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens, komen toe aan de verzekeraar.
- 9.5. De beheerder heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid van de aangiften van de verzekerde en/of zijn aangestelde en de attesten te laten onderzoeken door een door hem aangeduide geneesheer.
- 9.6. De beheerder verbindt er zich toe om opdracht te geven aan zijn financiële instelling over te gaan tot uitkering van de tegemoetkoming, zoals bepaald in artikel 6 hiervoor, binnen de 10 werkdagen. Deze termijn gaat in vanaf de dag volgend op het tijdstip waarop de aan de beheerder overgemaakte bewijsstukken, die nog geen aanleiding hebben gegeven tot enige vergoeding, bij deze toekomen.
- Evenwel begint deze termijn pas te lopen indien de hierna bepaalde cumulatieve voorwaarden vervuld zijn:
- de aan de beheerder overgemaakte bewijsstukken geven - in totaal - recht op een uitkering van 250,00 EUR of meer;
  - de verzekerde of zijn aangestelde is zijn verplichtingen overeenkomstig dit artikel, nagekomen;
  - de beheerder beschikt over de door hem gevraagde bijkomende inlichtingen, attesten en resultaten van de bijkomende onderzoeken;
  - er bestaat geen gerede twijfel over de aanvaarding van het schadegeval.
- 9.7. Indien, naar aanleiding van het schadegeval, blijkt dat de verzekerde niet meer de hoedanigheid bezit van de verzekerbare persoon, nemen de verplichtingen van de beheerder een einde overeenkomstig de modaliteiten beschreven in artikel 2. De premies die werden betaald door de bewuste verzekerde, blijven niettemin verworven voor de verzekeraar.

## 10. Geschillen

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