

Bestek

nr. FORCMS-HOSPI-128

Bijlage B: Voorwaarden en regels

(punt 13.1. van het bestek)

1. Hospitalisatieverzekering	4
1.1. Artikel 1: Definities	4
1.1.1. Dienstverlener.....	4
1.1.2. Intekenaar.....	4
1.1.3. Verzekerden/aangeslotenen	4
1.1.4. Ziekte en ongeval.....	6
1.1.5. Franchise/vrijstelling.....	6
1.1.6. Ziekenhuis en palliatieve instelling	6
1.1.7. Ziekenhuisopname	7
1.1.8. Wettelijke tegemoetkoming.....	8
1.1.9. Ambulante kosten.....	8
1.1.10. Categorie D.....	8
1.1.11. Uitvoeringsakkoord	8
1.2. Artikel 2: Toegang tot de verzekering – Wie kan aansluiten?	9
1.3. Artikel 3: Waarborgen hospitalisatieverzekering.....	11
1.3.1. Keuze van de formule	11
1.3.2. Basisformule (BF): twee- of meerpersoonskamer.....	11
1.3.3. Uitgebreide formule(UF): éénpersoonskamer.....	11
1.3.4. Ziekenhuisopname (Hospitalisatie)	12
1.3.5. Pre- en post- Hospitalisatie.....	14
1.3.6. Ernstige en zware ziekten	15
1.3.7. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp.....	16
1.4. Artikel 4: Grenzen van de terugbetaling door de dienstverlener	17
1.5. Artikel 5: Uitsluitingen	18
1.6. Artikel 6: Procedure aansluiting, uitstel van aansluiting en bestaande aandoeningen	19
1.6.1. Aansluiting.....	19
1.6.2. Wachtperiode van 10 maanden	19
1.6.3. Bestaande ziekten of aandoeningen (enkel van toepassing bij laattijdige aansluiting)	
20	
1.7. Artikel 7: Premies	20
1.8. Artikel 8: Territorialiteit en terrorisme.....	20
1.9. Artikel 9: Schaderegeling.....	21
1.10. Artikel 10: Wijzigingen.....	22
1.10.1. Stopzetting (uitdiensttreding, overlijden,...).....	22
1.10.2. Mobiliteit en/of verandering van statuut van het personeelslid	23
1.11. Artikel 11: Verplichtingen van de intekenaars	24
1.12. Artikel 12: Verplichtingen van de verzekerde	25
1.13. Artikel 13: Verplichtingen van de dienstverlener.....	26
1.13.1. In de opstartfase van het nieuwe contract	26
1.13.2. Tijdens de contractperiode.....	27

1.13.3.	Aan het einde van de opdracht	27
1.14.	Artikel 14: toepassing wet van 20 juli 2007 (Wet Verwilghen).....	28
1.14.1.	Informatie te verstrekken door de intekenaar	28
1.14.2.	Toekenningsvoorwaarden	28
2.	Bijzonder voorwaarden voor de aanvullende zorgplannen.....	30
2.1.	Artikel 1: Aansluitingsvoorwaarden	30
2.2.	Artikel 2: Waarborgen en plafonds	31
2.2.1.	Algemeenheden.....	31
2.2.2.	Plan voor tandzorgen	32
2.2.3.	Ambulant zorgplan	32
2.3.	Artikel 3: wachttermijnen	33
2.3.1.	Tarief A - voor de personeelsleden die reeds verzekerd zijn	33
2.3.2.	Tarief B - voor de personeelsleden die wensen aan te sluiten	33
2.4.	Artikel 4: Worden niet terugbetaald - uitsluitingen	34

1. Hospitalisatieverzekering

1.1. Artikel 1: Definities

1.1.1. Dienstverlener

Zie bestek - punt 3.3.2.

1.1.2. Intekenaar

Zie bestek - punt 3.2.

1.1.3. Verzekerden/aangeslotenen

Natuurlijke personen, omschreven als hoofdverzekerden of nevenverzekerden, die zich aansluiten op dit contract.

Een arbeidsovereenkomst als jobstudent, of een arbeidsovereenkomst afgesloten onder buitenlands recht (tewerkstelling in het buitenland), opent geen recht tot aansluiting op dit contract.

1.1.3.1. Hoofdverzekerden

- de statutaire en contractuele personeelsleden (incl. stagiairs) van de aangesloten intekenaars die zich aansluiten op de verzekeringspolis **vóór de leeftijd van 67 jaar**;
 - o de gedetacheerde personeelsleden naar één van de aangesloten intekenaars;
 - o de statutaire (incl. stagiairs), contractuele en gedetacheerde personeelsleden, waarvan sprake hoger, die in het buitenland werken en verblijven;
 - o elke medewerker van een beleidscel/Kabinet of secretariaat in het kader van de beleidsondersteuning voor de federale Regering, bedoeld in de artikelen 2 tot en met 9 van het koninklijk besluit van 19 juli 2001 betreffende de oprichting van beleidsorganen van de federale overheidsdiensten en met betrekking tot het personeel van federale overheidsdiensten dat is aangewezen om deel uit te maken van het kabinet van een lid van een regering of een college van een Gemeenschap of een Gewest, dat een wedde geniet zoals voorzien in artikel 10, § 1, tweede lid van hetzelfde koninklijk besluit;
 - o de actieve magistraten kunnen aansluiten vóór de leeftijd van 70 jaar;

- de gepensioneerde personeelsleden van de intekenaars op het contract FORCMS-AV-100, voor zover zij reeds vóór de leeftijd van 67 jaar (70 jaar voor magistraten) bij het collectieve contract waren aangesloten;
- alle gepensioneerde personeelsleden van de aangesloten intekenaars die van bij het begin tot de raamovereenkomst toetreden, voor zover ze genieten van een collectieve hospitalisatieverzekering die werd afgesloten op initiatief van een aangesloten intekenaar vermeld in punt 3.2. van het bestek. De in punt 3.2. van het bestek vermelde intekenaars kunnen van deze clausule genieten voor zover zij ten laatste aangesloten zijn op 31 december 2024, dus in het eerste jaar van het nieuwe contract.

1.1.3.2. Nevenverzekerden (gezinsleden)

- 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 (tot het einde van het kalenderjaar waarin zij die leeftijdsgrens bereiken);
- de bij de hoofdverzekerde gedomicilieerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner van gepensioneerde personeelsleden van de aangesloten intekenaars, voor zover zij reeds vóór de leeftijd van 67 jaar (tot het einde van het kalenderjaar waarin zij die leeftijdsgrens bereiken) bij het contract waren aangesloten;
- de bij de hoofdverzekerde gedomicilieerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner van gepensioneerde personeelsleden van de aangesloten intekenaars, die van bij het begin tot de raamovereenkomst toetreden, ongeacht hun leeftijd, voor zover ze genieten van een collectieve hospitalisatieverzekering die werd afgesloten op initiatief van een aangesloten intekenaar vermeld in punt 3.2. van het bestek. De intekenaars die later aansluiten maar ook deel uitmaken van de klantenlijst van punt 3.2. van het bestek, kunnen van deze clausule genieten voor zover zij ten laatste aangesloten zijn op 31 december 2024;
- de ongehuwde kinderen van bovenvermelde personen (zie punt 1.1.3.1. en 1.1.3.2.), 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 voorwaarden dat de hoofdverzekerde verplicht is alimentatiegeld te betalen of in geval van co-ouderschap;
- in geval van overlijden van de hoofdverzekerde, zullen de nevenverzekerden zoals echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner en de kinderen en kleinkinderen ten laste, kunnen blijven genieten van de garanties in het contract zolang de langstlevende nevenverzekerde echtgenoot/echtgenote of daarmee gelijkgestelde partner niet hertrouwt of een daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.

1.1.4. Ziekte en ongeval

1.1.4.1. 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.

1.1.4.2. 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.

1.1.5. Franchise/vrijstelling

Deel van de kosten dat steeds ten laste blijft van de verzekerde in het kader van de uitgebreide formule (individuele kamer) maar niet van toepassing bij erkenning van een ernstige ziekte (zie punt 1.3.6).

1.1.6. Ziekenhuis en palliatieve instelling

1.1.6.1. Ziekenhuis

Een openbare of privé-instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis of als psychiatrische zorginstelling, met uitsluiting van 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 herstellers of kinderen, alsmede deze die een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis gekregen hebben.

1.1.6.2. 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.

1.1.7. 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), d.w.z. dat er wordt afgeweken van het criterium van hospitalisatie van minstens één nacht mits volgende voorwaarden vervuld zijn:

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

Wat het volgen van kuren betreft is er enkel 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 schriftelijk in toegestemd heeft.

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

1.1.8. Wettelijke tegemoetkoming

1.1.8.1. Voor de in België gedane kosten

Elke uitkering waarin voorzien is krachtens de Belgische wetgevingen inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (stelsel van de loontrekkenden), arbeidsongevallen en beroepsziekten.

1.1.8.2. 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.

1.1.9. 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.

1.1.10. Categorie D

De geneesmiddelen die niet behoren tot één van de 7 vergoedingscategorieën¹ worden vaak de "categorie D" geneesmiddelen genoemd. Het zijn geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling voorzien is, zoals bijvoorbeeld kalmeer- of slaapmiddelen.

1.1.11. Uitvoeringsakkoord

Is het akkoord dat wordt gesloten tussen intekenaar en dienstverlener en waarin de startdatum en de eventuele tussenkomsten van de werkgever die van toepassing zijn worden vermeld. Het is ook nuttig om onmiddellijk de rapportering te vermelden indien deze afwijkt van het gevraagde in dit bestek. De intekenaar zal als enige verantwoordelijk zijn voor alle inlichtingen (ingevuld of niet) op dit document.

Dit "uitvoeringsakkoord" is jaarlijks herzienbaar. De informatie met betrekking tot een eventuele herziening (tussenkomsten) dient opgevraagd te worden door de dienstverlener ten laatste in de maand november van het jaar voorafgaand aan een nieuw verzekeringsjaar

¹ <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/farmaceutische-specialiteiten-vergoedingscategorieen.aspx>

1.2. Artikel 2: Toegang tot de verzekering – Wie kan aansluiten?

- a) De inschrijver verbindt er zich toe om onmiddellijk, **zonder wachtperiode** (stage), medisch onderzoek of gezondheidsvragenlijst en zonder kennis van bestaande aandoeningen, **alle actieve en gepensioneerde personeelsleden te** verzekeren, alsook de **nevenverzekerden** zoals bedoeld in punt 1.1.3, die tot de dag die vooraf gaat aan de datum dat het contract in werking treedt, verzekerd zijn via het collectieve contract voor hospitalisatieverzekering voor de federale ambtenaren (FORCMS-AV-100) door dienstverlener AG Insurance.
- De inschrijver verbindt zich tot hetzelfde voor de nevenverzekerden zoals bedoeld in punt 1.1.3.2, die tot de dag die vooraf gaat aan de datum dat het contract in werking treedt, verzekerd zijn via het collectieve contract voor hospitalisatieverzekering voor de federale ambtenaren (FORCMS-AV-100) maar waarvan de persoon die recht gaf op aansluiting overleden is voor de inwerkingtreding van deze opdracht.
- b) Naast het geval in punt a) hierboven, verbindt de inschrijver er zich toe om onmiddellijk, **zonder wachttermijn** (stage), medisch onderzoek of gezondheidsvragenlijst en zonder kennis van bestaande aandoeningen, alle actieve en gepensioneerde personeelsleden te verzekeren, alsook hun nevenverzekerden zoals bedoeld in punt 1.1.3.2, die tot de dag die vooraf gaat aan de datum dat het contract in werking treedt, genieten van een hospitalisatieverzekering die werd afgesloten op initiatief van hun betrokken dienst en waarbij deze dienst zich **voor het eerst engageert als intekenaar op het federaal collectief contract** en voor zover ze vanaf de dag dat het contract in werking treedt in de betrokken dienst, onmiddellijk toetreden tot het nieuw contract. De inschrijver verbindt zich tot hetzelfde voor de gezinsleden zoals bedoeld in punt 1.1.3, die tot de dag die vooraf gaat aan de datum dat het contract in werking treedt, genieten van een hospitalisatieverzekering die werd afgesloten op initiatief van hun betrokken dienst en waarbij deze dienst zich **voor het eerst engageert als intekenaar** op het federaal collectief contract en voor zover ze vanaf de dag dat het contract in werking treedt in de betrokken dienst, onmiddellijk toetreden tot het nieuw contract, maar waarvan de persoon die recht gaf op aansluiting **overleden** is voor de inwerkingtreding van deze opdracht.

Voor de intekenaars die later aansluiten dan 1 januari 2024, moet deze verbintenis ontstaan zijn, ten laatste op 31 december 2024 en verbindt de inschrijver zich, mutatis mutandis, tot hetzelfde als vermeld onder a) en b).

- c) Naast de gevallen in punten a) en b) hierboven, zijn de personeelsleden van de aangesloten diensten, **die in dienstactiviteit zijn, niet onderworpen aan een medisch onderzoek, noch aan een gezondheidsvragenlijst en er zal geen kennis van bestaande aandoeningen vereist zijn**, indien zij beslissen om toe te treden **binnen de drie maanden** die volgen hetzij op de begindatum van het contract, hetzij op de datum van hun aanwerving als statutair of contractueel personeelslid bij een aangesloten dienst (dit geldt ook bij de opstart van een nieuwe beleidscel op voorwaarde dat een aansluitingsaanvraag gebeurt binnen de 3 maanden na toewijzing aan de beleidscel/Kabinet).
- d) Iedere hoofdverzekerde kan, op het moment dat hij zijn aansluiting aanvraagt, onder dezelfde voorwaarden als deze in punt c) hierboven, eveneens de aansluiting vragen van 1 of meerdere gezinsleden waarvan sprake in punt. 1.1.3.2.
- e) In geval van wijziging van de samenstelling van het gezin (huwelijk, geboorte, levenspartner) kan de hoofdverzekerde binnen de drie maanden de aansluiting vragen van deze nieuwe gezinsleden (nevenverzekerden), onder dezelfde toetredingsvoorwaarden als hierboven vermeld.
Een baby is verzekerd van bij de geboorte, op voorwaarde dat er een aansluitingsaanvraag gebeurt binnen de drie maanden na de geboorte.
- f) Overgang van de status nevenverzekerde naar de status hoofdverzekerde is evident (en zonder wachttermijn of medische onderzoek) mits een wijzigingsdocument op te maken, binnen de drie maand die volgen hetzij op de begindatum van het contract, hetzij op de datum van hun aanwerving als statutair of contractueel personeelslid bij een aangesloten dienst.

Voor iedere aansluiting die niet aan de bovenstaande criteria beantwoordt, zullen de bepalingen van punt 1.6.2 en 1.6.3 van toepassing zijn.

1.3. Artikel 3: Waarborgen hospitalisatieverzekering

1.3.1. Keuze van de formule

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

Deze keuze is definitief, niettemin

- kan de verzekerde die voor de formule éénpersoonskamer (uitgebreide formule) had gekozen, overstappen naar de formule twee- of meerpersoonskamer (basisformule) op de jaarlijkse vervalddag, mits het indienen van een expliciete aanvraag ten minste drie maanden voor de jaarlijkse vervalddag. Deze wijziging van formule geldt dan ook zonder uitzondering voor alle verzekerde gezinsleden;
- kan de verzekerde die voor de formule twee- of meerpersoonskamer (basisformule) had gekozen en wil overstappen naar de formule éénpersoonskamer (uitgebreide formule), dit enkel doen mits akkoord van de dienstverlener. Indien de dienstverlener deze formulewijziging (die voor alle verzekerde gezinsleden geldt) aanvaardt, zijn de bepalingen van de punten 1.6.2 en 1.6.3 betreffende de wachttijd van 10 maanden en de uitsluiting van bestaande aandoeningen van toepassing.

1.3.2. Basisformule (BF): twee- of meerpersoonskamer

Deze verzekering waarborgt de terugbetaling van de hieronder vermelde kosten voor gezondheidszorg na eventuele aftrek van de wettelijke en extra- wettelijke tegemoetkomingen, maar zonder aanrekening van franchise ten laste van de verzekerde of intekenaar.

1.3.3. Uitgebreide formule(UF): éénpersoonskamer

De waarborgen zijn dezelfde als deze van de formule twee- of meerpersoonskamer (basisformule), onder voorbehoud van het volgende:

- a) de toeslagen voor zowel de verblijfskosten als de erelonen bij een verblijf in een éénpersoonskamer worden gedekt tot **driemaal het bedrag** van de wettelijke tussenkomst (3 x RIZIV);
- b) een vrijstelling is van toepassing (zie punt 1.1.5).

1.3.4. Ziekenhuisopname (Hospitalisatie)

Bij ziekenhuisopname wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt de dienstverlener, binnen de grenzen bepaald 1.4, de verzorgingskosten terug, voor zover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling. Dienen gewaarborgd te worden:

1.3.4.1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming

- a) de verblijfskosten met inbegrip van de toeslagen aangerekend voor een tweepersoonskamer en 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);
- b) de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen voor een tweepersoonskamer en gemeenschappelijke kamers (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);
- c) de kosten voor paramedische prestaties;
- d) de kosten voor farmaceutische producten, verbanden en medisch materiaal;
- e) de chirurgie- en verdovingskosten;
- f) de kosten voor het gebruik van de operatie- en de bevallingskamer;
- g) de kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen alsmede orthopedische apparaten, 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;
- h) de kosten voor palliatieve zorgen, met inbegrip van de geneesmiddelen;
- i) de medische kosten van de pasgeborene tijdens de ziekenhuisopname van de moeder ingevolge een gewaarborgde bevalling, met inbegrip van de medische kosten voor de afname van stamcellen;
- j) de wiegendoodtest;
- k) plastische herstelgeneeskunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval.

1.3.4.2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, dienen eveneens gewaarborgd te zijn

- a) het tijdens een chirurgische ingreep gebruikte niet-herbruikbaar materiaal;
- b) de niet-vergoedbare en onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- c) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- d) de kosten van verbanden en medisch materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is;
- e) de kosten van hospitalisatie van de donor in geval van transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde verzekerde;
- f) de kosten voor: aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis, of tussen twee ziekenhuizen; tijdens de ziekenhuisopname, verantwoord door medische reden; of kosten voor het medisch urgentieteam (MUG);
- g) de verblijfkosten van een ouder in de kamer van een minderjarige verzekerde, verlengde minderjarigheid inbegrepen (rooming- in);
- h) mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur worden aangerekend;
- i) de niet-vergoedbare kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal;
- j) de kosten voor tandheelkundige verzorging, tandprothesen en therapeutische prothesen alsmede orthopedische apparaten, 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.

1.3.5. Pre- en post- Hospitalisatie

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.

Dienen gewaarborgd te zijn tijdens deze periode:

1.3.5.1. Voor zover deze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming

- a) de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging van een geneesheer;
- b) de kosten van paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- c) de kosten van medische verzorging van de donor die een rechtstreeks verband houden met de transplantatie ten gunste van een gehospitaliseerde verzekerde;
- d) de kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer;
- e) de kosten van medische protheses die in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname;
- f) de kosten van de kunstledematen;
- g) de medische kosten en verzorgingskosten in een revalidatiecentrum;
- h) geneesmiddelen.

1.3.5.2. Ongeacht of ze al dan niet aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming

- a) de niet-vergoedbare en onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- b) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- c) 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.

1.3.6. Ernstige en zware ziekten

Belangrijke informatie: bij het opstarten van het contract tussen intekenaar en dienstverlener kan een personeelslid of zijn gezinslid niet worden geweigerd omwille van een reeds bestaande ernstige ziekte.

Om te kunnen genieten van de voorwaarden bepaald in deze rubriek is het mogelijk dat de behandelende arts van de aangeslotene een “vragenlijst zware ziekte” dient op te maken. Het tijdstip voor het indienen wordt bepaald door de opdrachtnemer (zie ook punt 1.6.3).

Bij volgende ziekten dient de verzekering eveneens van toepassing te zijn op de buiten het ziekenhuis gemaakte verzorgingskosten die in rechtstreeks verband staan met de ziekte:

- kanker,
- leukemie,
- tuberculose,
- multiple sclerose,
- amyotrofe laterale sclerose,
- sclerodermie (systemische sclerose),
- ziekte van Parkinson,
- difterie,
- kinderverlamming (polio),
- cerebrospinale meningitis,
- pokken,
- brucellose,
- vlektyfus,
- paratyfus,
- tyfus,
- encefalitis,
- miltvuur,
- tetanus,
- cholera,
- ziekte van Hodgkin,
- aids,
- virushepatitis,
- roodvonk,
- suikerziekte,
- nieraandoeningen die dialyse vereisen,
- ziekte van Crohn,
- mucoviscidose,
- ziekte van Alzheimer,
- malaria,
- ziekte van Pompe,
- ziekte van Creutzfeldt- Jacob,
- progressieve spierdystrofie,
- colitis Ulcerosa,
- ziekte van Hachimoto,
- ziekte van Lyme,
- syndroom van Sjogren,
- sarcoïdose.

Dienen gewaarborgd te zijn:

1.3.6.1. Voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming

- a) de kosten voor medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
- b) de kosten van paramedische prestaties die voorgeschreven zijn door een geneesheer;
- c) de kosten met betrekking tot speciale behandelingen, analyses en onderzoeken genoodzaakt door de ziekte;
- d) de kosten voor het huren van allerlei materiaal (medische hulpmiddelen voorgeschreven door een geneesheer);
- e) de kosten van medische protheses die in rechtstreeks verband staan met de ziekte;
- f) de geneesmiddelen.

1.3.6.2. Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend

- a) de niet-vergoedbare en onder categorie "D" in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen geneesmiddelen;
- b) de homeopathische behandelingen, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur uitgevoerd door een erkend specialist ter zake;
- c) de kosten van verbanden en medisch materiaal, met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen verkrijgbaar is;
- d) de vervoerskosten;
- e) alle andere kosten waarmee de dienstverlener vooraf heeft ingestemd;
- f) de kosten voor voorgeschreven pruiken en uitwendige borstprotheses tot een maximaal bedrag van 1.000,00 EUR per voorschrift.

1.3.7. Thuisbevalling, poliklinische bevalling en kraamhulp

Deze verzekering dient 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" 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** aan deze hospitalisatieverzekering.

1.4. Artikel 4: Grenzen van de terugbetaling door de dienstverlener

- a) Per bovenvermelde prestatie opgenomen in punt 1.3 (Artikel 3) 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.**
- b) Voor de **kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming wordt verleend** (zie punten 1.3.4.2, 1.3.5.2 en 1.3.6.2) 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 **vervoerskosten bij ernstige ziekten** (zie punt 1.3.6) zijn beperkt tot een globaal plafond van **300,00 EUR** per persoon en per kalenderjaar;
 - een tussenkomst van 50 % van de kosten tot 1.250,00 EUR per persoon en per kalenderjaar voor homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie of chiropraxie indien er voor deze prestaties geen wettelijke tegemoetkoming is voorzien (enkel van toepassing bij punt 1.3.6.2.);
 - de tussenkomst voor **kraamhulp** wordt verleend gedurende ten hoogste twaalf dagen aansluitend op het ontslag uit het ziekenhuis of de thuisbevalling en tot maximum **820,00 EUR**;
 - de terugbetaling van **kosten voor thuisbevalling** (of op locatie naar keuze) bedraagt forfaitair **620,00 EUR** per bevalling;
 - de kosten voor **voorgeschreven pruiken en uitwendige borstprothesen** tot een maximaal bedrag van **1.000,00 EUR** per voorschrift.
- c) **De vrijstelling/franchise is bepaald op 250,00 EUR** per verzekerde en per kalenderjaar.

Deze vrijstelling is evenwel slechts van toepassing indien de verzekerde gekozen heeft voor de opname in een éénpersoonskamer (of hij heeft gekozen voor de uitgebreide formule, of hij heeft gekozen voor een basisformule maar verkiest toch een éénpersoonskamer).

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, waarvan de lijst opgesomd is onder punt 1.3.6 voor de kosten inzake hospitalisatie en bijhorende ambulante kosten.

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

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

- d) Voor opeenvolgende hospitalisaties ingevolge **een psychische, psychiatrische of mentale aandoening**, is de tussenkomst van de dienstverlener slechts gewaarborgd gedurende een al dan niet opeenvolgende periode van **maximaal drie jaar**, te beginnen vanaf de eerste dag die recht geeft op een terugbetaling.
- e) Vruchtbaarheidsbehandeling beperkt tot zes IVF-, IVM of ICSI-behandelingen met een beperking van **500,00 EUR** per behandeling, voor zover de hoofdverzekerde ten minste 12 maanden aangesloten is op het contract.

1.5. Artikel 5: Uitsluitingen

Zijn van de verzekering uitgesloten, de prestaties voortkomend uit:

- a) een ongeval of ziekte die niet door een medisch onderzoek kan worden vastgesteld;
- b) esthetische behandelingen of verjongingskuren, met uitsluiting van de kosten van plastische herstelheeskunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval. Deze worden wel ten laste genomen;
- c) ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen:
 - in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van doping, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij bewezen wordt dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen de ziekte of het ongeval en deze omstandigheden of tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen;
 - ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen;
- d) sterilisatie en anticonceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen;
- e) thermale kuren;
- f) een door de verzekerde gestelde opzettelijke daad, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of van goederen betreft; een door de verzekerde gepleegde misdaad of misdrijf; een roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- g) vrijwillige verminking of zelfmoordpoging;
- h) oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of als militair, burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- i) de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport;
- j) de rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve stoffen of kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, met uitzondering van het gebruik van radioactieve stoffen om medische redenen;
- k) 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.

1.6. Artikel 6: Procedure aansluiting, uitstel van aansluiting en bestaande aandoeningen

1.6.1. Aansluiting

De hoofdverzekerden evenals de nevenverzekerden waarvoor zij het recht openen, sluiten zich aan bij deze verzekeringspolis door middel van een aansluitingsformulier of een lijst die door de leidende dienst aan de dienstverlener wordt overgemaakt.

De intekenaar beslist voor zijn personeelsleden de manier van toetreding. Indien een app waar de hoofdverzekerden zich kan registreren wordt aangeboden, dan dient de dienstverlener een lijst over te maken aan de intekenaar zodat deze op de hoogte is van wie aangesloten is en welke leden van zijn gezin.

Voor de nieuwe aangeslotenen loopt de dekking vanaf de eerste dag van de maand volgend op de ontvangst van dit formulier door de dienstverlener. De verzendingsdatum vermeerderd met drie kalenderdagen wordt beschouwd als ontvangstdatum.

In geval van overlijden van de hoofdverzekerde, kan de dekking worden verder gezet voor zijn gezinsleden die reeds aangesloten waren. Hiertoe dient een schriftelijke aanvraag aan de dienstverlener te gebeuren binnen de drie maand na de jaarlijkse vervaldag van de polis. Indien deze aanvraag tot verderzetting gebeurt binnen de voorziene termijn, kan deze niet geweigerd worden.

De dienstverlener is gehouden de verzekerde nabestaanden aan te manen om een schriftelijke aanvraag te doen tot verderzetting binnen de drie maand na de jaarlijkse vervaldag van de polis.

Voor iedere aansluiting die niet voldoet aan de bepalingen van punt 1.2 zullen de bepalingen van punten 1.6.2. en 1.6.3. van toepassing zijn:

1.6.2. Wachtperiode van 10 maanden

De aansluiting gaat pas in op de eerste dag van de maand die volgt op of samenvalt met het verstrijken van een periode van 10 maand te rekenen vanaf de datum waarop de aanvraag werd ingediend en voor zover de persoon medisch aanvaard werd.

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

1.6.3. Bestaande ziekten of aandoeningen (enkel van toepassing bij laattijdige aansluiting)

De terugbetaling van de verzorgingskosten worden niet verleend aan de verzekerden indien de aandoening, ziekte of de invaliditeit, niet kon worden ontkend door de verzekerde of zijn wettelijke vertegenwoordiger op de datum van de aansluiting tot het contract, zelfs indien bij de eerste symptomen geen duidelijke diagnose kon worden gesteld.

Ongeacht het voorgaande, zijn de volgende gevallen wel verzekerd:

- a) **de aandoening, ziekte, de invaliditeit, die reeds zonder onderbreking is gewaarborgd door een verzekering dewelke gelijke voordelen waarborgt als onderhavige verzekeringsovereenkomst;**
- b) de verergering van de aandoening, ziekte of invaliditeit, voor zover de verzekerde sedert meer dan één jaar bij de polis is aangesloten en indien hij gedurende die periode geen medische behandeling heeft ondergaan voortspuitend uit de reeds bestaande aandoening, ziekte of invaliditeit.

Behoudens de gevallen zoals hierboven aangegeven, waarbij de aansluiting niet is gebeurd op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan (laattijdige aansluiting), gelden er geen medische formaliteiten (gezondheidsvragenlijst of medisch onderzoek).

1.7. Artikel 7: Premies

De waarborgen van deze verzekering worden verleend tegen betaling van een **jaarpremie per individu**.

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 ("actieve" naar "niet-actief") (zie ook de punten in het bestek, betreffende de prijzen (9.1), het gunningscriterium (10.3), de facturatie (15.1) en de prijssherziening (9.2)).

1.8. Artikel 8: Territorialiteit en terrorisme

Territorialiteit: Deze verzekering moet gelden over de gehele wereld.

Terrorisme: deze polis dekt 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).

1.9. Artikel 9: Schaderegeling

1. De verzekerde moet alle nodige maatregelen nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken.
2. De dienstverlener van zijn kant, moet de nodige middelen ter beschikking stellen om de situatie te regulariseren, indien nodig.
3. Indien de verzekerde één van de verplichtingen hem opgelegd in dit artikel niet nakomt, en er daardoor nadeel ontstaat voor de dienstverlener, kan deze laatstgenoemde aanspraak maken op een vermindering van zijn prestatie tot beloop van het door haar geleden nadeel.
4. **De dienstverlener heeft niet het recht om verzekerden uit te sluiten tenzij deze zijn verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen zoals vermeld in dit artikel.**
5. **Wat de schaderegeling betreft, moeten de verzekerden kunnen gebruik maken van twee systemen. Naast de klassieke schaderegeling, zoals hieronder omschreven, dient de dienstverlener een systeem van derde betaler met elektronische kaart aan te bieden.** Wanneer het derde-betalerssysteem niet toepasbaar is, wordt de schaderegeling volgens het klassieke systeem van toepassing. Hierbij dient de verzekerde de dienstverlener zo spoedig mogelijk in kennis te stellen van het schadegeval 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. De periode van indiening loopt gelijk met deze van de mutualiteit (minimaal tot 2 jaar).
6. De verzekerde stuurt de maatschappij alle originele bewijsstukken (ziekenhuisfacturen, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangstbewijzen van de apotheker, enz.).
7. Op voorlegging van deze documenten, betaalt de dienstverlener het bedrag van de kosten na aftrek van:
 - 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;
 - het bedrag van andere reeds ontvangen terugbetalingen;
 - het bedrag van de contractuele vrijstelling.
8. **De terugbetaling gebeurt binnen de 20 werkdagen na ontvangst van het volledige dossier.**

1.10. Artikel 10: Wijzigingen

1.10.1. Stopzetting (uitdiensttreding, overlijden,...)

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

1.10.1.1. De hoofdverzekerden

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

- het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op vraag van de hoofdverzekerde d.m.v. een aangetekend schrijven aan de dienstverlener tenminste 3 maanden vóór de jaarlijkse vervalddag van de polis;
- het beëindigen of verbreken van de statutaire arbeidsverhouding/ arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de intekenaar;
- het overlijden van de hoofdverzekerde;
- het bedrog of poging tot bedrog door de hoofdverzekerde;
- het niet vereffenen van de premie.

1.10.1.2. De nevenverzekerden

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

- het vrijwillig beëindigen van de overeenkomst op vraag van de nevenverzekerde d.m.v. een aangetekende brief aan de dienstverlener tenminste 3 maanden voor de jaarlijkse vervalddag van de polis;
- overlijden van de nevenverzekerde;
- bij bedrog of poging tot bedrog door de nevenverzekerde;
- 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 1 punt 1.1.3.2.

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 art. 1 “definities” in punt 1.1., 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 dienstverlener.

1.10.2. Mobiliteit en/of verandering van statuut van het personeelslid

Indien een personeelslid en tevens hoofdverzekerde, van intekenaar veranderd en/of van statuut, is het de regel dat het verzekeringscontract zonder onderbreking blijft doorlopen, op voorwaarde dat het personeelslid op het ogenblik van deze wijziging geniet van de hospitalisatieverzekering bij de dienstverlener op basis van onderhavig bestek.

Indien het personeelslid, niet langer verzekerd was, kan hij zich binnen een periode van drie maanden na datum van deze wijziging aansluiten bij de hospitalisatieverzekering afgesloten op basis van onderhavig bestek, zonder medische vragenlijst en medisch onderzoek. Het betrokken personeelslid zal dus kunnen genieten van de modaliteiten beschreven in punt 1.2. c).

1.11. Artikel 11: Verplichtingen van de intekenaars

De intekenaar:

- ondertekent samen met de dienstverlener een "*uitvoeringsakkoord*", waarin de concrete samenwerking en de bijhorende processen worden beschreven (taakverdeling personeelsdienst, sociale dienst, dienstverlener, groepen); Indien een sociale dienst wordt aangesteld over verschillende entiteiten dan wordt vooraf bepaald op welke manier de statistieken zullen worden verzameld (gezamenlijk of per groep);
- informeert de dienstverlener over de bestaande **tussenkomstpolitiek** in de organisatie, m.a.w. welk gedeelte van de premies dat de intekenaar ten laste zal nemen en welk gedeelte van de premies door de verzekerde zelf zal betaald worden;
- **duidt een vaste contactpersoon aan binnen de administratie** die de rol van tussenpersoon zal verzekeren en die verantwoordelijk is voor de opvolging en uitvoering van het contract;
- **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;
- kan op vraag van een verzekerde optreden als tussenpersoon tussen de verzekerde en de dienstverlener in geval van een geschil of dispuut;
- geeft, op eigen initiatief of op vraag van de verzekerde, de nodige gegevens door aan de dienstverlener in geval van een nieuwe inschrijving van een nieuwe verzekerde, bij een wijziging in de gezinstoestand of de beroepssituatie (geboorte, huwelijk,...);
- betaalt jaarlijks dat gedeelte van de premie ter zijnen laste.

Voor de federale en programmatorische overheidsdiensten (FOD en POD's) vermeld onder punt 3.2.1 van het bestek, mag de tussenkomst voor personeelsleden in actieve dienst, **niet minder bedragen dan 75% van de premie van de basisformule.**

1.12. Artikel 12: Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde:

- moet, als **nieuwe** aangeslotene, een "Aansluitingsformulier" bezorgen aan zijn personeelsdienst/sociale dienst binnen de drie maand van de start van een nieuw contract of van aanwerving;
- moet op dezelfde wijze een "wijzigingsdocument" invullen zodra er zich wijzigingen voordoen (adreswijziging, gezinstoestand, geboorte, aanvraag tot wijziging formule, pensionering, ...);
- voor de aangeslotenen van het voorgaande contract FORCMS-AV-100 dient een document "eenmalig antwoordformulier bij aanvang contract" te worden ingevuld indien ze wijzigingen of stopzettingen willen doorgeven naar hun sociale dienst of de personeelsdienst;
- 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;
- de eerste maal dat de verzekerde kosten voor een ernstige ziekte indient, dient een "vragenlijst zware ziekte" worden ingevuld door zijn/haar behandelende arts. Op aanvraag wordt deze vragenlijst toegestuurd (of op voorhand bij aanvang contract);
- indien de verzekerde vooraf weet heeft van een ingreep, moet hij de voorziene **hospitalisatie** mededelen aan de helpdesk van de dienstverlener;
- moet, wanneer het systeem van derde betaler niet van toepassing is (onder andere wanneer het ziekenhuis het systeem van derde betaler niet aanvaardt), de dienstverlener zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen van een opname in een verpleeginrichting, een heelkundige ingreep en/of een ongeval d.m.v. 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.).

1.13. Artikel 13: Verplichtingen van de dienstverlener

De opdrachtnemer is verantwoordelijk voor zijn onderaannemers. Alle aan de opdrachtnemer opgelegde verplichtingen gelden eveneens voor de prestaties die worden uitgevoerd door zijn onderaannemers.

1.13.1. In de opstartfase van het nieuwe contract

De dienstverlener:

- maakt **bij de opstart van de raamovereenkomst**, de typedocumenten (*eenmalig antwoordformulier bij aanvang contract, aansluitingsformulier, wijzigingsdocument,...*) die dienen gepubliceerd te worden op de webpagina [Hospitalisatie- en aanvullende verzekeringen | BOSA \(belgium.be\)](#) en legt deze documenten voor aan de aanbestedende dienst voor akkoord;
- ondertekent samen met de intekenaar een *"uitvoeringsakkoord"*, waarin de concrete samenwerking en de bijhorende processen worden beschreven (taakverdeling personeelsdienst, sociale dienst, dienstverlener, aan te leveren informatie);
- 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 administratie (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;
- verbindt zich om een documentatie met prijzen en voorwaarden te bezorgen aan elke potentiële klant die in het kader van deze opdracht een verzekeringscontract kan afsluiten;
- 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 m.b.t. contractvoorwaarden, aansluitingsmogelijkheden, overdraagbaarheid van contracten en polissen, betalingen van facturen en schadegevallen;
- maakt aan elke intekenaar een lijst over van de contactpersonen van de helpdesk voor dit contract, samen met hun referenties (naam, telnr., e-mail adressen,...);
- bezorgt aan alle verzekerden de individuele kaarten, waardoor het systeem "derde betaler" 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 er toe om de lopende schadedossiers over te nemen.

1.13.2. Tijdens de contractperiode

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

De dienstverlener:

- legt de gevraagde documenten/statistieken voor die worden bepaald in punt 13 van het bestek;
- informeert de verzekerden en potentiële verzekerden over de voorwaarden van het contract evenals van de mogelijkheden om de **premie trimestrieel te betalen**;
- stelt gedurende de volledige looptijd van het contract de helpdesk ter beschikking van de verzekerden, conform en met wat verklaart is in het selectiedossier moet de drietalige helpdesk beschikbaar zijn om te antwoorden aan alle partijen (intekenaars, leidende diensten en de verzekerden);
- beheert de relaties met de individuele verzekerden;
- heeft niet het recht om verzekerden uit te sluiten tenzij deze zijn verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen;
- signaleert onmiddellijk alle eventuele problemen van inschrijving of uitvoering aan de betrokkenen en aan de intekenaar;
- factureert jaarlijks (of trimestrieel) 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;
- vraagt eventuele jaarlijkse prijsherziening aan bij de leidende dienst (zie punt 9.2. van het bestek) indien hij een prijsherziening wenst;
- legt belangrijke problemen aangaande interpretatie of conflict voor aan de leidende dienst.

1.13.3. Aan het einde van de opdracht

- legt de gevraagde documenten/statistieken voor die worden beschreven in het bestek punt 13.
- zal een vlotte overdracht waarborgen van gegevens die de nieuwe opdrachtnemer toelaten het nieuwe contract te realiseren.

1.14. Artikel 14: toepassing wet van 20 juli 2007 (Wet Verwilghen)

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

- **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.

1.14.1. 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.

1.14.2. Toekenningsvoorwaarden

Deze voordelen worden verleend, zowel aan de hoofdverzekerde als aan de eventuele nevenverzekerden² indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a) 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.
- b) Voor de hoofdverzekerde en eventuele nevenverzekerden is de hierboven gestelde voorwaarde niet van toepassing in geval van pensionering, conventioneel

² Deze terminologie is identiek aan deze van « medeverzekerde» die vermeld is in de wet van 20 juli 2007

brugpensioen of overlijden, voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan.

- c) 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.
- d) 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.
- e) **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.
- f) Het individuele contract moet in voege treden op de dag waarop de aansluiting bij de collectieve overeenkomst gezondheidszorgen beëindigd wordt.
- g) 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 gezinslid het voordeel van de collectieve verzekering verliest.
- h) 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.
- i) 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.
- j) 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.
- k) 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.
- l) De verzekerde waarborg van de individuele verzekering is gelijksoortig met die van de collectieve overeenkomst.

2. Bijzonder voorwaarden voor de aanvullende zorgplannen

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.

2.1. Artikel 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 moeten tevens aangesloten zijn aan de bovenstaande collectieve hospitalisatieverzekering.

Bij de overdracht van het contract aan het einde van deze opdracht 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 voor het einde van de opdracht** aan de leidende dienst worden voorgelegd.

2.2. Artikel 2: Waarborgen en plafonds

2.2.1. Algemeenheden

Terugbetaling van **80% of 50%** van het remgeld voor **onderstaande** kosten met een **totaal plafond van 1.250 € per jaar** en per verzekerde.

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

Er is sprake van 2 tarieven voor de zorgplannen:

- **A-tarief:** voor de hoofdverzekerden en hun nevenverzekerden die reeds genieten van een ambulante zorgplan (ambulant of tandzorg) afgesloten via het voorgaande contract FORCMS-AV-100, en betaling hiervan kunnen bewijzen tot de einddatum van dit contract (31/12/2023).
- **B-tarief:** voor de niet aangesloten en nieuwe verzekerden, ongeacht de datum van aansluiting of reeds aangesloten verzekerden die een upgrade wensen van een "plan voor tandzorgen" naar een "ambulant zorgplan" (welke tandzorgen omvat).

		Tarieven van toepassing vanaf 01/01/2024:	
		Plan voor tandzorgen	Ambulant zorgplan
Situatie van aanvrager tot 31/12/2023 via contract FORCMS-AV-100	geen zorgplan →	B-tarief	B-tarief
	DENTAL →	A-tarief	B-tarief
	AMBU →	A-tarief	A-tarief

Alle informatie over bestaande zorgplannen is te vinden via de onderstaande link: [Hospitalisatie- en aanvullende verzekeringen | BOSA \(belgium.be\)](#)

		Terugbetalingsplafonds	
		Plan voor tandzorgen	Ambulant zorgplan
Situatie van aanvrager tot 31/12/2023 via contract FORCMS-AV-100	geen zorgplan →	JA	JA
	DENTAL →	GEEN	Enkel voor brilglazen
	AMBU →	GEEN	GEEN

2.2.2. 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 (*enkel de prestaties gelinkt aan het B-tarief kunnen onderworpen worden aan tussenplafonds voor terugbetaling vanaf de datum van aansluiting: 250 € in het eerste jaar, 500 € in het tweede en 1.250 € in het derde jaar*).

2.2.3. 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):

2.2.3.1. 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 de kosten voor brillen (met een maximum van 100 € voor de monturen),
 - o brilglazen (*enkel de prestaties gelinkt aan het B-tarief kunnen onderworpen worden aan tussenplafonds voor terugbetaling vanaf de datum van aansluiting: 250 € in het eerste jaar, 500 € in het tweede en 1.250 € 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 parodontologische behandelingen, kronen en tandprothesen (*enkel de prestaties gelinkt aan het B-tarief kunnen onderworpen worden aan tussenplafonds voor terugbetaling vanaf de datum van aansluiting: 250 € in het eerste jaar, 500 € in het tweede en 1.250 € in het derde jaar*).

2.2.3.2. Tussenkost van minimum 50% van het remgeld

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

2.3. Artikel 3: wachttermijnen

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

2.3.1. Tarief A – voor de personeelsleden die reeds verzekerd zijn

Geen wachttermijnen: voor de personeelsleden en hun nevenverzekerden die reeds verzekerd zijn via het contract FORCMS-AV-100 zal het contract aanvangen op datum van 01/01/2024 en dit zonder wachttermijn.

De opdrachtnemer informeert de verzekerden over het nieuwe contract en de overdracht naar de nieuwe voorwaarden.

2.3.2. Tarief B – voor de personeelsleden die wensen aan te sluiten

Algemene wachttermijn van **3 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**

Voor wat betreft parodontale zorg en orthodontische behandelingen is er geen wachtermijn van toepassing indien een nieuwe aangeslotene van een ambulant zorgplan reeds begunstigde was van een plan van tandzorgen (FORCMS-AV-100).

De opdrachtnemer informeert de verzekerden over het contract en de voorwaarden.

		Bijkomende wachtermijnen van toepassing na de algemene wachtermijn	
		Plan voor tandzorgen	Ambulant zorgplan
Situatie van aanvrager tot 31/12/2023 via contract FORCMS-AV-100	geen zorgplan →	Brillen en lenzen: 2 maanden Gehoorprothesen: 6 maanden Parodontale zorg: 6 maanden Orthodontische behandelingen: 16 maanden	
	DENTAL →	geen	Brillen en lenzen: 2 m Gehoorprothesen: 6 m
	AMBU →	geen	geen

2.4. Artikel 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.